# Government of Canada 2002 Report to the Secretary General of the United Nations on the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS

## The State of the Epidemic in Canada

An estimated 49,800 people were living with HIV/AIDS in Canada at the end of 1999, an increase of 24% increase from the estimated 40,100 at the end in 1996. The number of new HIV infections in 1999 was estimated at about 4,200 – essentially unchanged since 1996. Significant changes in infection rates have occurred within population subgroups, as substantiated by several studies across Canada and by national HIV/AIDS surveillance data.

Sexual behaviour continues to be the principal means of transmitting HIV. New infections occurred primarily among men who have sex with men (38% of new infections) and injection drug users (34%), but the proportion of new infections among heterosexuals who do not inject drugs is also significant at 21%. Research studies in Toronto and Vancouver confirm these findings. In 2000, for the first time since the mid-1980s, an increased number of newly diagnosed HIV cases among men who have sex with men was reported to Health Canada's HIV surveillance system.

Recent surveillance data show that the HIV epidemic is far from over in Canada. In 2001, the number of new HIV-positive test reports increased for the first time since 1995. In addition, the proportion of new test reports attributed to heterosexual exposure has increased steadily over time, from 8% before 1996 to 33% in 2001. Correspondingly, women now account for 25% of new positive test reports, up from 11% before 1996.

Shifts in the epidemic are also occurring among other populations. The estimated number of new infections among injection drug users declined by 27% between 1996 and 1999. The annual number of newly diagnosed HIV cases in this population also declined in the national surveillance data. However, targeted studies across Canada have found that HIV infection rates among injection drug users are not declining in all areas of the country.

An estimated 370 Aboriginal people become infected with HIV each year, an average of more than one each day. The facts are equally stark in the correctional environment. The HIV prevalence rate in federal prisons is an estimated 1.6% of inmates tested.

National surveillance data provide a picture of those who come forward for testing and are found to be HIV-positive. At the same time, an estimated 15,000 Canadians who are infected with HIV have not been diagnosed and are unaware that they are HIV-positive. These individuals represent a significant challenge for prevention, care and treatment.

103-03012/

## Realities and Challenges

Knowledge has been gained and progress achieved in the fight against HIV/AIDS, but the epidemic remains uncontrolled, and many challenges lie ahead.

- **HIV/AIDS continues to spread in Canada.**

People with HIV/AIDS are living longer, mainly because of the availability of highly active antiretroviral therapy (HAART). At the same time, new infections continue to occur, placing greater demands on Canada's health care and social service systems, workers in the HIV/AIDS community, and society in general. Clearly, new prevention efforts are needed to reach those living with HIV/AIDS and those vulnerable to infection.

- **An estimated one-third of people living with HIV/AIDS in Canada are not aware that they are infected.**

Canada must remain vigilant in monitoring the epidemic. Innovative ways of encouraging people to come forward for HIV testing must be found so that those who are HIV-positive can have access to care, treatment, support and prevention programs as soon as possible after they have become infected.

- **The epidemic is a moving target.**

The face of the HIV/AIDS epidemic continues to change. After some successful prevention work in the early 1990s, HIV infection is once again increasing among men who have sex with men. Users of injection drugs, women and Aboriginal people have become increasingly vulnerable to HIV infection. Canada's response must be flexible enough to address changes in the epidemic while not jeopardizing earlier gains.

- **HIV/AIDS treatments are failing.**

As many as 4,000 HIV-positive Canadians are believed to be in need of an alternative to HAART because of drug intolerance or ineffectiveness, and this number is growing. New treatments are needed to avoid an increase in AIDS-related deaths. The appearance of multi-drug-resistant HIV intensifies these challenges.

## Action on HIV/AIDS in Canada

Canada's response to the HIV/AIDS epidemic has evolved significantly over the past two decades. As the threat of HIV/AIDS grew, governments, the health care system and other sectors of society have responded. From the initial mobilization of the gay community into small, volunteer-based community organizations in the early 1980s, involvement expanded to include the medical community, professional associations, researchers and the private sector, along with hemophiliacs and others infected through the blood system.

The national response to HIV/AIDS is based on early development of national standards (including standards for condoms and other products and devices) and practices (including testing procedures) and an established and operational infrastructure to support action and dialogue.

As well, the development and dissemination of information by local and national organizations on topics ranging from treatment options to palliative care to pregnancy characterized Canada's response from the earliest days of the epidemic.

In 1990, the federal government established the National AIDS Strategy (NAS) to help organize the various players into a more formal, interconnected approach. In 1993, the NAS was renewed for five years, with an increase in annual funding from $37.3 million to $42.2 million.[1]

Following extensive consultations with stakeholders in 1997, the Canadian Strategy on HIV/AIDS (CSHA) was launched in 1998 with permanent funding for a continuing, co-ordinated national response. The CSHA represents a shift from a disease-oriented approach under the NAS to one that looks at root causes, determinants of health, and other dimensions of the HIV epidemic. People living with HIV/AIDS and those at risk of HIV infection are the focus of efforts under the CSHA.

## The Canadian Strategy on HIV/AIDS

The CSHA opened a new era in HIV/AIDS programming. Given its system of government, which divides or shares responsibilities in areas such as health and social services between federal, provincial and territorial governments,[2] Canada has a complex network of community-based, institutional and governmental systems that strive for an appropriate and effective response to HIV/AIDS. All major stakeholders are considered full partners in this response, linked by multiple working relationships and a shared determination to win the fight against HIV/AIDS.

The CSHA provides a framework for unprecedented collaboration among these partners and for innovation and engagement in addressing the epidemic. CSHA partners have set a challenging

---

1. Unless otherwise stated, all figures are in Canadian dollars.
2. See Annex A, A Note on Canada's Health Care System.

agenda. Efforts need to be intensified, and more sectors of society need to join the campaign. CSHA partners are committed to:

- keeping HIV/AIDS on the public agenda,
- positioning HIV/AIDS within a broad social justice context,
- expanding the pan-Canadian approach by establishing new partnerships with essential stakeholders and sectors,
- fulfilling Canada's obligations under the UNGASS Declaration of Commitment, with its focus on intensifying regional, national and international responses to HIV/AIDS,
- continuing to improve surveillance systems,
- revitalizing prevention efforts that integrate prevention and care, treatment and support programs for Canadians living with or at risk of HIV/AIDS,
- engaging vulnerable populations in developing and implementing unique approaches to addressing the needs of people living with or vulnerable to HIV/AIDS,
- setting HIV/AIDS research priorities and increasingly linking Canadian efforts to international research activities, with the goal of finding effective vaccines, drugs and therapies and, ultimately, a cure for HIV/AIDS, and
- reviewing CSHA funding priorities to maximize the impact of financial resources.

In pursuing these goals, three policy directions guide the CSHA:

- enhanced sustainability and integration,
- increased focus on those most at risk, and
- increased public accountability.

Health Canada, as the lead federal department for issues related to HIV/AIDS, co-ordinates the CSHA nationally with an annual budget of $42.2 million, allocated as follows.

**CSHA Strategic Areas and Funding Allocations**
($ millions)

| | |
|---|---|
| Prevention | 3.90 |
| Community development and support to non-governmental organizations | 10.00 |
| Care, treatment and support | 4.75 |
| Research | 13.15 |
| Surveillance | 4.30 |
| International collaboration | 0.30 |
| Legal, ethical and human rights | 0.70 |
| Aboriginal health and community development | 2.60 |
| Correctional Service Canada | 0.60 |
| Consultation, evaluation, monitoring and reporting | 1.90 |

| | |
|---|---|
| **Total** | **42.20** |

Several responsibility centres within Health Canada contribute to the work of co-ordinating the CSHA:

- The Centre for Infectious Disease Prevention and Control, including its the HIV/AIDS Policy, Coordination and Programs Division, conducts national surveillance and research on the epidemiology and laboratory science related to HIV/AIDS, sexually transmitted disease and tuberculosis and develops recommendations for their control. The CSHA is co-ordinated through the Centre.
- The departmental Program Evaluation Division is responsible for assessing program effectiveness.
- The First Nations and Inuit Health Branch provides HIV/AIDS education and prevention programming and related health care services to First Nations and Inuit communities. The Branch also commits $2.5 million in non-CSHA moneys to meet the needs of First Nations people living on reserves and Inuit people living in Inuit communities.
- The regional offices of Health Canada provide a focus for co-ordination and input across the country.
- The International Affairs Directorate in the Department's Policy Branch, implements the international collaboration component of the CSHA, focusing on increasing the effectiveness of existing collaboration among voluntary organizations, the private sector, and federal government departments.

The other federal government partners in the CSHA are the Canadian Institutes of Health Research and Correctional Service Canada:

- The Canadian Institutes of Health Research (CIHR) is Canada's major federal funding agency for health research and administers most of the research funds for the CSHA. The CIHR supports all aspects of health research, including biomedical, clinical science, health systems and services, and the social, cultural and other factors influencing population health. The CIHR manages most of the CSHA's extramural research program and also provided $4.8 million from its own budget for HIV/AIDS research in 2001-2002.
- Correctional Service Canada, an agency of the Ministry of the Solicitor General, is responsible for the health of inmates in federal correctional facilities and plays an important national leadership role in contributing to the understanding of HIV/AIDS in the correctional environment. Correctional Service Canada invests $3 million annually, over and above the funding provided by the CSHA, in HIV/AIDS programming in federal penitentiaries.

In addition to federal initiatives and funding, provincial and territorial governments provide major financial contributions to delivering HIV/AIDS-related health care services, research and prevention activities. The provinces in particular account for significant, and in some cases rising, expenditures on HIV/AIDS, not least because of the cost of treating and caring for people living with HIV/AIDS.

The Government of Canada has emerged as a strong partner in the global response to the HIV/AIDS epidemic:

- The Canadian International Development Agency (CIDA) identified HIV/AIDS was one of its four social development priorities in September 2000. CIDA funding for HIV/AIDS initiatives is projected to increase incrementally from $23 million in 2000-2001 to $80 million by 2004-2005, for a total five-year investment of $270 million.
- The International Development Research Centre
- In addition, in July 2001 the Government of Canada announced that it would contribute $150 million over four years to the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria.

**National Advisory Committees**

At the national level, committees representing a broad range of views and perspectives provide strategic advice and policy directions that influence the CSHA.

The **Ministerial Council on HIV/AIDS** provides advice to the federal Minister of Health on aspects of HIV/AIDS that are national in scope. Its membership reflects a broad range of experience and knowledge and includes five seats designated for Canadians living with HIV/AIDS. The Council has focused on evaluating and monitoring the CSHA, championing current and emerging issues, and offering a vision for the long term. In 2000-2001, the Council helped shape Health Canada's policy recommendations to Citizenship and Immigration Canada on the screening of migrants for HIV and to Correctional Service Canada on the provision of HIV/AIDS prevention, care and support services to inmates in federal prisons. The Council's paper, "Taking Stock: Assessing the Adequacy of the Government of Canada Investment in the Canadian Strategy on HIV/AIDS", released in January 2001, advised on the need for additional public funding for the CSHA. The Council has also brought attention to the need for more community-based research and to the spread of HIV among vulnerable populations, including injection drug users, women and Aboriginal people.

The **Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on AIDS** (FPT AIDS) provides policy advice to the Conference of Deputy Ministers of Health, based on gathering, analyzing and sharing information on emerging issues. FPT AIDS participated in a collaborative effort with four other federal/provincial/territorial committees to examine injection drug use as a health issue. The resulting report provides a framework for multi-level strategies to reduce the harms associated with injection drug use and promotes increased co-ordination and collaboration across jurisdictions and sectors. The Conference of Deputy Ministers subsequently released the report for broader consultation. In addition, FPT AIDS has dealt with a broad range of issues related to Aboriginal people and with legal issues concerning individuals who are unwilling or unable to prevent HIV transmission.

The **International HIV/AIDS Working Group** guides the international collaboration element of the CSHA. Composed of national and international community-based organizations and

various federal government departments, the Working Group advises Health Canada's International Affairs Directorate on relevant collaborative international efforts.

**Setting Strategic Direction under the CSHA**

Changes in the epidemic and emerging challenges are limiting Canada's ability to sustain gains and make new progress. In October 2000, at the first CSHA direction-setting meeting, more than 125 individuals representing the full range of CSHA multisectoral partners established 10 national strategic directions to guide the CSHA over the next two to three years:

- Mobilize governments at all levels, Aboriginal governments and community leaders to take co-ordinated action on HIV/AIDS.
- In collaboration with Aboriginal people, build a national HIV/AIDS strategy for all Aboriginal people and their chosen communities within the CSHA.
- Build an information strategy to identify, obtain, analyze, validate, communicate and facilitate the use of a broad base of information required to achieve the goals of the CSHA.
- Build public awareness of the impact of the HIV epidemic in Canada and globally; encourage political leadership that advances Canada's response to the epidemic; and mobilize politicians, bureaucrats and community leaders.
- Build a prevention strategy that sets specific goals, is based on principles, develops appropriate strategies, and includes culturally specific programs. This strategy must be co-ordinated nationally, developed collaboratively and implemented locally.
- Build a strategic approach to care, treatment and support to ensure that people living with HIV/AIDS have equal and seamless access to care, treatment and support.
- Renew and sustain pan-Canadian expertise and develop broad-based intersectoral knowledge of HIV/AIDS.
- Engage vulnerable individuals in Canada in an inclusive and empowering way in order to build unique approaches that are flexible, innovative, measurable and accountable.
- Move to a social justice framework that is based on the determinants of health in order to address the vulnerabilities of people living with and at risk of HIV/AIDS.
- Develop a five-year operational/strategic plan for the CSHA that builds SMARTER (specific, measurable, attainable, realistic, time-limited, effective, relevant) objectives for each CSHA component. Develop annual workplans based on these objectives.

A second direction-setting meeting was held in April 2002; the results of that meeting are in the process of being prepared.

**Progress to Date**

Although the challenges ahead are great, considerable work has been done to address the epidemic. CSHA partners have identified key areas where results in the short term will contribute to achieving the goals of the CSHA. The CSHA's progress in each of these areas and the contribution of Canadian partners to the global challenge are set out below.

- *Shaping a Co-ordinated Canadian Response*. Many organizations are engaged in addressing HIV/AIDS. Co-ordination and collaboration strengthen policy and programming efforts.
- *Building a Pan-Canadian Response to HIV/AIDS*. The CSHA is promoting new partnerships, both within the traditional HIV/AIDS community and with non-traditional stakeholders.
- *Engaging in the Global Response to HIV/AIDS*. Canada is committed to halting the global spread of HIV and to helping developing countries strengthen their response.
- *Strengthening the Canadian Response Through Science*. Research in biomedical, clinical and social sciences is strengthening the future response.
- *Increasing the Use of Reliable Information*. Resources are being developed and disseminated for use by persons living with or at risk of HIV/AIDS and by others involved in the Canadian response.
- *Increasing Capacity Across the HIV/AIDS Spectrum*. The CSHA is strengthening the capacity of individuals and groups to respond to a complex and widespread epidemic that has significant health, socio-economic and human rights implications for society.

## How this Report was Prepared

As described earlier and in Annex A, the organization of Canada's health system gives rise to multiple interlocking responsibilities for HIV/AIDS programs and services. As the federal government had lead responsibility for preparing this report, and given the time constraints involved, it was decided to use the CSHA as the focus for the report. As a result, many HIV/AIDS activities and initiatives in other federal departments and agencies, provincial and territorial governments, and non-governmental organizations are not covered here.

The report was compiled by Health Canada's International Affairs Directorate (IAD), which began by asking for input from its CSHA partners and from the Canadian International Development Agency. The following federal departments and agencies responded to the questionnaire and provided other input for the draft report.

- Health Canada, including
  - Centre for Infectious Disease Prevention and Control
  - First Nations and Inuit Health Branch
  - International Affairs Directorate
- Canadian Institutes of Health Research
- Correctional Service Canada
- Canadian International Development Agency

The IAD then circulated a draft report for review and comments by the following partners and collaborators:

- the CSHA partners who had provided input and by CIDA,
- the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on AIDS, and
- the IAD's International HIV/AIDS Working Group, composed of representatives from five key national non-governmental organizations:
  - Canadian Aids Society
  - Canadian Public Health Association
  - Canadian HIV/AIDS Legal Network
  - Interagency Coalition on AIDS and Development
  - International Council of AIDS Service Organizations

The IAD received feedback from reviewers, incorporated it in the draft report, and again circulated the revised report to CSHA partners for a final review. The report was also reviewed by the federal Department of Foreign Affairs and International Trade.

## Responses to the Questionnaire

## 1. Leadership-Strategy Development (2003 Target)

### *1.1 Does the country have a multisectoral National Strategic Plan on HIV/AIDS?*

Yes. Multisectoral partnerships are fundamental to the Canadian Strategy on HIV/AIDS. At every stage of planning and delivery, the CSHA involves governments, national and regional organizations advocating on behalf of persons living with HIV and AIDS (PHAs), and professional associations representing persons working in care, treatment and support, as well as PHAs.

The April 2002 national direction-setting meeting for the CSHA agreed to develop a five-year strategic and operational plan. Many provinces also have strategies and programs on HIV/AIDS.

Health Canada's First Nations and Inuit Health Branch, along with the Centre for Infectious Disease Prevention and Control, is supporting development of a National Aboriginal Strategy for HIV/AIDS. The strategy, now in its developmental stage, is directed by a working group made up of representatives from Aboriginal organizations involved in HIV/AIDS issues and programming. In the absence of a national Aboriginal strategy until now, the First Nations and Inuit Health Branch is providing support for HIV/AIDS programs in seven regions and one territory. All these regions have regionally based strategies involving collaboration with provinces, Health Canada's Population and Public Health Branch, and other departments. Their strategies will support and be supported by the National Aboriginal Strategy.

### *1.2 Has HIV/AIDS been integrated into the overall national development plan including poverty-reduction strategies?*

Yes. The process of integrating determinants of health, including poverty, is under way through key directions now set for the CSHA. Among these are commitments for mobilizing integrated action on HIV/AIDS and for putting in place a social justice framework to guide the Strategy. This includes the strategic integration of HIV/AIDS into the work of other governmental departments and non-governmental sectors.

### *1.3 Have national policies/strategies been developed to strengthen health, education and legal systems to support an effective response to HIV/AIDS?*

These are in the process of being developed. The goals and the national directions of the CSHA are oriented toward broad sectoral involvement. Examples of activities are as follows:

- The development of a strategic workplan now being undertaken by the Federal/Provincial/ Territorial Advisory Committee on AIDS aimed at improved health policies and strategies.
- Funding to the Council of Ministers of Education of Canada to conduct the Youth, Sexual Health and HIV/AIDS Study to determine the relationship between the determinants of

health, HIV and sexual health. This is potentially a precursor to a national strategy for integrating HIV/AIDS into education systems and programs.
- Funding for operations and policy development to the Canadian HIV/AIDS Legal Network.

Additional support is required for initiatives such as an advocates' manual on HIV/AIDS, human rights education, the reorientation of Canada's drug laws and policies and prison policies from the perspective of harm reduction (including preventing spread of HIV and improving access to care, treatment and support), expanding coverage of medically necessary pharmaceuticals in public health insurance plans, and assessing the health and human rights impacts of international trade laws, especially with respect to HIV.

In the corrections field, Correctional Service Canada has developed a national peer education and counselling program with specific components to address vulnerable populations, specifically Aboriginal and women offenders. This program provides education about HIV transmission, risk factors and prevention messages delivered by peers who have been trained by local experts.

In addition, all inmates entering federal facilities receive the Reception Awareness Program, giving an overview of harm reduction initiatives and of the programs, testing and treatment opportunities available to them. CSC recognizes the varied learning capabilities of offenders and has developed information materials about harm reduction in various formats.

CSC also provides condoms, dental dams, bleach, and methadone as harm reduction tools to decrease the spread of infectious diseases within prison and into the community.

CSC provides voluntary testing with informed consent for HIV, Hepatitis C and sexually transmitted diseases in all federal institutions, accompanied by pre- and post-test counselling, and provides voluntary treatment to all those infected with HIV. All federal offenders have access to a specialist in HIV care and to legal assistance within the system.

### *1.4 Please note any problems or constraints encountered in developing national strategies on HIV/AIDS and integrating them in multisectoral development national plans.*

The increase and prevalence of HIV in vulnerable individuals and populations present vexing policy challenges. HIV/AIDS is just one of the social and health challenges facing those living in environments and with histories that predispose them to infection and illness, for example, homeless persons and injection drug users. Responsibility for addressing broad systemic and historical determinants of health, which cut across multiple jurisdictions and mandates, is fragmented but has been identified as an area for improvement and engagement. Development of a co-ordinated national approach is under way.

Both the CSHA and the National Aboriginal Strategy processes require efforts to engage all key stakeholders. This can be identified as a constraint, as it takes time, effort, and will, especially when resources are limited.

Additional support to develop and implement additional programs would further assist in the development of multisectoral national plans.

## 2. Prevention

### *2.1 Has the country established time-bound national targets to achieve the internationally agreed prevention goal to reduce HIV prevalence amongst young people aged 15-24 by 25% by 2005?*

Development of these is under way and will inform national strategic planning. All key players have agreed that Canada should adopt a strategic approach to HIV prevention.

### *2.2 Has the country established national prevention targets for groups that are particularly vulnerable?*

No. Although national prevention targets have not been established, the CSHA focuses on those most at risk. The CSHA has recently established the importance of addressing vulnerability. A strategic approach to this is under way.

The First Nations and Inuit Health Branch, working together with Aboriginal peoples, has focused on community-based initiatives. While communities vary in their needs and set different priorities, many communities have youth as a target group for their prevention and promotion activities.

In prison settings, Correctional Service Canada has developed specific prevention messages for particular target populations – specifically Aboriginal populations, injection drug users, and women – in peer education programs.

### *2.3 Are there prevention programmes in place that address HIV/AIDS in the workplace?*

Yes. Canada implemented AIDS-in-the-workplace programs beginning in 1990. This work has subsequently been expanded upon in communities and workplaces. Publications and guidelines on needle-stick injuries are widely available, as are occupational post-exposure prophylactics.

Correctional Service Canada staff are given continuing education on harm reduction, the transmission of infectious diseases, and prevention, including universal precautions. CSC has a policy to provide and pay for post-exposure prophylaxis for any staff member assessed by a physician as having had a significant exposure.

### *2.4 Please note any problems or constraints encountered in developing prevention programmes and setting targets.*

Canada's constitutional division of responsibilities means that target-setting and prevention programs may vary from province to province. Thus, we have the challenge of developing effective mechanisms and increasing the effectiveness of existing mechanisms (e.g., the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on AIDS), with respect to both policy and directed funding, to ensure that national programs and targets are established.

There are also legal and policy constraints with respect to providing safe injection equipment and sites and methadone treatment in prison.

### *2.5 Do programmes exist to prevent mother-to-child transmission of HIV?*

Yes. Voluntary provincial and territorial HIV testing programs are available for pregnant women; however, the uptake is still not sufficient to prevent some HIV infections in newborn babies. Treatments are available in all provinces and territories to prevent mother-to-child transmission of HIV.

For the First Nations and Inuit Health Branch, lack of long-term resource and program commitments are constraints on setting targets. The lack of surveillance and of resources for surveillance also restricts the setting of targets.

Regional strategies vary for preventing mother-to-child transmission among Aboriginal people. All regions provide awareness/educational programs, and most distribute condoms, with some providing female condoms. One region has a prenatal surveillance project that has received support from the region's First Nations leadership. Some have family support programs that would address this area. However there is no uniform program or strategy across the country specifically for this area. The National Aboriginal Strategy for HIV/AIDS is still in its development phase but offers the potential to highlight this issue.

In the prison setting, prenatal care is provided for all pregnant offenders. This includes voluntary testing for HIV. All women are encouraged to participate in testing and/or appropriate treatment to prevent transmission from mother to child. Opioid-dependent offenders who are pregnant are eligible for methadone treatment to decrease the risks associated with injection drug use and pregnancy.

The Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on AIDS has *Guiding Principles for HIV Testing of Women during Pregnancy*, which reinforce the application of the widely supported principles of voluntarism, confidentiality and informed consent in the refinement and development of relevant policy.

## 3. Care, Support and Treatment (Targets by 2003 and 2005)

### *3.1 Does the country have a national policy/strategy to address the factors affecting the provision of HIV-related drugs?*

Yes. The *Canada Health Act* sets the standard for all provinces and territories to provide all medically necessary physician and hospital services to eligible residents. The direct provision of HIV-related drugs is the responsibility of provinces and territories through their respective drug access policies and programs. While the majority of people living with HIV/AIDS have access to necessary drugs, instances do occur where access is limited. Drug access and cost reimbursement programs sometimes result in drug interruptions. For people living in Canada without legal status, provision of drugs and receipt of health care is tenuous.

As with the other HIV/AIDS program areas, there is no formal national Aboriginal strategy related to the provision of HIV-related drugs at present. The National Aboriginal Strategy now under development has identified this as an area to be addressed. However, existing regional strategies support care and community-based activities for Aboriginal populations. These include Family Support Programs, teen/youth support groups, culturally appropriate counselling, care and support for Inuit, and grief workshops. Unfortunately, most communities hesitate to provide treatment at this time because of lack of capacity in terms of resources and training. Treatment is generally provided through provincial medicare programs, and prescription medication is provided to 'registered Indians' (First Nations people with status under the *Indian Act*) and to Inuit under a program known as the Non-Insured Benefits Program.

All inmates in the federal correctional system have access to HIV/AIDS medication should they choose to commence treatment. Consultation with institutional physicians and HIV/AIDS medical specialists determines the most appropriate treatment.

### *3.2 Does the country have a national policy/strategy on drugs, intellectual property rights and related practices?*

Yes. Canada is a signatory to the Trade Related Aspects of Intellectual Property Agreement and has legislation in place protecting drug patent rights, including those for HIV/AIDS.

The First Nations and Inuit Health Branch has a policy of providing 'registered Indians' and recognized Inuit and Innu with prescription drugs not covered by provincial, territorial or third-party health insurance plans. This includes any HIV/AIDS medication that on the Drug Benefit List approved by the Non-Insured Benefits Program.

### *3.3 Does the national plan provide for the progressive implementation of comprehensive care strategies?*

Yes. Given that many people living with HIV/AIDS who have multiple needs are now challenging the ability of service providers to meet a standard of comprehensiveness, the CSHA recently agreed to develop a strategic approach to comprehensive care. Most provinces and territories have strategies that include an approach to care. Some of these are currently under review, and some jurisdictions are considering a determinants-of-health approach.

The Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on AIDS addresses cross-cutting issues affecting the provision of progressive implementation of comprehensive care.

HIV/AIDS treatment guidelines and modules have been developed using a multidisciplinary and multisectoral approach that included people living with HIV/AIDS. Guidelines have also been established to assist the work of social workers, nurses and physicians.

Correctional Service Canada follows community standards regarding comprehensive care strategies, on the advice of community specialists. Strategies to increase the number of inmates accessing testing and treatment have been developed within CSC national and regional headquarters.

***3.4 Does the country have a national policy/strategy to provide psycho-social care for those affected by HIV/AIDS?***

Yes. A new strategic approach to care, treatment and support, including psycho-social care, is under way. The goals of the CSHA guide the national approach to addressing socio-economic factors and the impact of the epidemic. This includes psycho-social care.

Considerable work has been completed on best practices in this field. Funding from the federal government and from some provinces and territories is provided to community organizations and to national non-governmental organizations to implement responses that include these activities.

An example is the Canadian Working Group on HIV/AIDS and Rehabilitation, which advises on and funds short-term projects in rehabilitation, disability, income maintenance and work issues.

All federal offenders have access to the services of professional psychologists and psychiatrists. Discharge planning is used to connect the HIV-positive offender to services in the community upon release from jail.

***3.5 Please note any problems or constraints encountered in developing policies and plans on care and support.***

Delivery of care and support is the responsibility of provinces and territories, with the exception of certain populations, such as First Nations people living on reserves and Inuit people living in Inuit communities, for whom medical and health services are a federal responsibility.

As a result, policies may vary from one jurisdiction to another; the federal government may have influence, but no control. Some people have moved from one part of the country to another to improve their care.

Canada's geography and population distribution sometimes result in a disparity of services for those not close to HIV/AIDS resources. Canada is also struggling with shortages of human resources in some parts of the country, and this has an impact on the delivery of HIV/AIDS services.

For the First Nations and Inuit Health Branch, constraints encountered in developing policies and plans on care and support probably have a lot to do with diversity in geography, culture and capacity. Developing appropriate and relevant policies and plans requires consultation, time and resources. Limited resources area also a general constraint, affecting everything from capacity building and training to operational resources for programming.

## 4. HIV/AIDS and Human Rights

***4.1 Does the country have legislation, regulations and/or other measures in place to eliminate all forms of discrimination against people living with HIV/AIDS?***

Yes. Canadian courts have confirmed that HIV seropositivity and AIDS, and suspicion of these conditions, constitute a disability. Human rights legislation exists at the federal level and in each province and territory, protecting, among other things, the rights of people with a disability and imposing a duty on service providers to accommodate their special needs. In addition, the *Canadian Charter of Rights and Freedoms* has been invoked successfully to protect people living with HIV/AIDS in several contexts.

In recognition of First Nations and Inuit rights and their need to develop culturally relevant programs, the First Nations and Inuit Health Branch takes a community-based approach to program development, and most of the HIV/AIDS resources available through the Branch are directed to community-based initiatives. In all regions, collaborative strategies and program development involve voices from the various sectors, including people living with HIV/AIDS.

***4.2 Does the country have a national policy/strategy for the promotion and realization of the rights of women who are affected or at-risk of HIV infection?***

No. However, the human rights and constitutional provisions cited earlier provide protection from gender discrimination and from adverse-effect discrimination.

The National Aboriginal Strategy for HIV/AIDS will also address gender-specific issues.

***4.3 Does the policy/strategy assess dimensions that place women and girls at particular risk of HIV infection?***

Specific initiatives to address women and HIV issues have been implemented across Canada, including a national conference on women and HIV and the development of gender specific resources and programs.

The National Aboriginal Strategy for HIV/AIDS will address factors that place women and girls at risk of HIV infection.

Correctional Service Canada is obliged by law to provide programming that is gender-specific and Aboriginal-specific. CSC has developed a draft national strategy to address gender-specific issues around women and infectious diseases, especially HIV. The strategy considers issues such as later diagnosis among women, women as caregivers, sex-trade work, disempowerment, position in society, self-esteem, and abuse.

### *4.4 Are HIV/AIDS programmes and strategies gender sensitive?*

Where gender is seen as a determinant of health, as in the cases of gay men or women, then gender considerations are incorporated. Further, Canada's broad equality laws and policies in place address gender issues.

Correctional Service Canada has developed a gender-sensitive peer counselling program for women and HIV/AIDS. Women offenders are housed in institutions separate from male offenders, and all programs account for gender. For the last seven years, female inmates have been housed in institutions closer to their homes to encourage support from families and keep open links with children. In addition, a gender- and culturally appropriate Aboriginal healing lodge has been established for Aboriginal women.

### *4.5 Have steps been taken to develop or strengthen monitoring and evaluation mechanisms to track progress in implementation, and in the promotion and protection of human rights of people living with HIV/AIDS?*

The Canadian Strategy on HIV/AIDS has a monitoring and evaluation component for all activities, including legal, ethical and human rights commitments and activities.

The human and constitutional rights of all Canadians, described earlier, assert the rights of people living with HIV/AIDS and provide remedies when rights are violated. Further, government and civil society partners agreed in April 2002 on establishing a social justice framework to guide the CSHA, based on the following principles: a rights-based approach, operating across the determinants of health, and integrative approach, and an approach that considers the lens of social inclusion.

Correctional Service Canada has several mechanisms in place to ensure human rights issues are addressed, including the legislation governing its mandate. A unit within CSC deals with human rights issues, and a grievance process is in place for inmates who believe their human rights have been infringed. Due process is followed until there is resolution of the issue. CSC has established

Citizen Advisory Committees with access to all federal institutions to determine that human rights issues are addressed. Inmates have access to a committee any time during their incarceration. In addition, CSC meets regularly with community-based AIDS service organizations to discuss issues identified in the treatment of offenders living with HIV/AIDS. CSC offers human rights seminars for staff on a regular basis.

*4.6* ***Please note any problems or constraints encountered in developing human rights policies.***

Those most vulnerable to HIV/AIDS are often also those most socially and economically marginalized, and these groups tend to lack social cohesion, organization, and a credible public voice for the assertion of rights.

## 5. Reducing Vulnerability (Targets by 2003)

*5.1* ***Does the country have strategies and programmes that address factors that make individuals particularly vulnerable to HIV infection including risky and unsafe sexual behaviour, injection drug use and population movements?***

The CSHA focuses on those most at risk. All programs must satisfy this requirement. This includes all determinants of the epidemic. Through the AIDS Community Action Plan (a funding program to support the NGO sector) of the CSHA, and with the support and collaboration of the provinces, territories and AIDS service organizations, the CSHA has supported the development of a community-based response to HIV/AIDS and ensured the inclusion of vulnerable populations in this response.

Strategies to address the causes and effects of addiction are one part of efforts to promote health and prevent illness. In September 2001, federal and provincial Ministers of Health released *Reducing the Harm Associated with Injection Drug Use*, with recommendations on how prevention, outreach, treatment and rehabilitation, research and national leadership can reduce the problems that injection drug use causes for individuals, their families and their communities.

To address risky sexual and injection-drug use behaviours, we are attempting to understand where they occur geographically, the extent to which they occur, and in which population groups they occur. This information will be used to design, guide and evaluate effective prevention programs. To obtain this information, a regular program of standardized data collection has been established; this is the behavioural surveillance component of second-generation surveillance.

**Injection Drug Users, Men Who Have Sex with Men, STIs, Youth**

The Centre for Infectious Disease Prevention and Control is involved in a wide range of prevention and behavioural and other second-generation surveillance activities. The following are some examples of work under way:

*Risk behaviour surveillance among injecting drug users*
Plans are under way to establish several sentinel sites across Canada where standardized information on injecting and sexual behaviours of injecting drug users (IDUs) can be collected annually to monitor behaviours and help evaluate prevention programs.

*Risk behaviour surveillance among men who have sex with men*
A similar program is being developed for this population, establishing goals and mechanisms for collecting baseline and ongoing data on key sexual behaviours as a means of second-generation surveillance.

Since the beginning of the HIV/AIDS crisis, researchers have noted an epidemiological link between HIV/AIDS and other sexually transmitted diseases. With the interrelationship of HIV and STDs becoming more recognized, focusing on STD prevention can be considered a second-generation approach to HIV prevention. Early detection and treatment of sexually transmitted infections (STIs) is an important strategy in HIV prevention.

*Enhanced surveillance of Canadian street youth*
Through surveillance of sexual risk behaviour, HIV and other STIs in street youth, targeted interventions and harm reduction programs are being developed.

*STIs in Aboriginal populations*
A plan of action has been developed involving the provinces and territories to address the high rates of STIs in this disadvantaged population.

**Aboriginal Peoples**

Given their status with respect to a range of determinants of health, Aboriginal people have been identified as a population with greater vulnerability to HIV. In addition, some recent studies have shown that among the injection drug users in urban areas, a large proportion are Aboriginal people. Many Aboriginal people move back and forth from cities to their home communities or to other cities. Risky behaviours such as unsafe sexual practices increase their vulnerability.

As described throughout this report, no one jurisdiction has responsibility for all health programming for all Aboriginal people. Provinces provide health services for Metis and non-status First Nations persons living off reserves and Inuit who live away from their communities. Health Canada provides health promotion for all Canadians, including these groups. The First Nations and Inuit Health Branch mandate is to provide health services and health promotion for First Nations people living on reserves and for Inuit living in their communities.

The jurisdictional situation can be a barrier to reaching vulnerable people among these populations. However, most regional Aboriginal HIV/AIDS strategies are finding ways to address this issue by involving the relevant jurisdictions in their strategy development. The National Aboriginal Strategy will also be identifying the roles and responsibilities of each jurisdiction to ensure gaps and duplication are reduced.

**Inmates in Federal Correctional Facilities**

Correctional Service Canada provides education to offenders on HIV/AIDS and has a harm-reduction approach to dealing with high-risk behaviour (provision of condoms, dental dams, lubricants, and bleach for cleaning injection-drug paraphernalia). CSC provides methadone to opioid-addicted offenders who can benefit from the methadone program, thus decreasing sharing and injecting behaviours and reducing the transmission of blood-borne pathogens. CSC participates in discharge planning for inmates on any complex medical regime such as methadone or anti-retroviral treatment to ensure there are no breaks in the treatment program. Referrals for support in the community are arranged before release.

***5.2 Do existing strategies, policies and programmes recognize the importance of:***
***(a) The family in reducing vulnerability?***
***(b) Youth-friendly information, sexual education and counselling services?***
***(c) Cultural, religious and ethical factors?***

Yes. The CSHA, through its policy directions, goals and more recently established national directions, addresses vulnerability and is in the process of translating this into national strategic action. Canada has a long history of community-driven definitions of vulnerability. This has resulted in programs designed specifically by and for members of various ethnic communities, youth and those with families, no matter how defined.

***5.2.a The family in reducing vulnerability***

Health Canada has worked with government and non-governmental partners to develop family-oriented resources, such as workshops where parents can learn to talk with their children about healthy sexuality, including STI prevention, contraception and healthy relationships.

Programs at Correctional Service Canada are developed with family in mind, knowing that most offenders, upon release, will return to their support structure, whether formal family or not. Offenders are encouraged to maintain family ties during incarceration especially.

***5.2.b Youth-friendly information, sexual education and counselling services***

Health Canada is one of several partners responsible for producing internet-based sexual education materials. The *Sexual Education Gateway* provides quick and easy access for educators to reliable resources through a catalogue with links to more than 400 educational resources and lesson plans for sexual health education. The information is presented by topic and organized by grade level and resource type. *WebQuests* are guided assignments that introduce students to learning concepts while linking with reliable, factual and responsible Internet sites.

Health Canada published the *Canadian Guidelines for Sexual Health Education* in 1994 to guide individuals, professionals and agencies working in this area; it also offers direction on developing policy and programs. The Guidelines are being updated in 2002.

Health Canada recently consulted with NGO representatives and other experts on future directions in the area of sexual health education. One of the early outcomes of this consultation was a research document that supports the need for sexual education in schools.

### *5.2.c Cultural, religious and ethical factors*

The *Canadian Guidelines for Sexual Health Education* articulate a set of common principles that encompass and respect diversity in society.

The *Sexual Education Gateway* described earlier provides guidance to educators on how to teach sexual health education with sensitivity to and respect for differing cultural and religious backgrounds.

Some research is under way in Canada on the specific HIV issues related to populations from endemic countries.

The First Nations and Inuit Health Branch supports a community-based approach to health programs and services that allows for culturally relevant initiatives. First Nations and Inuit communities value family and youth. Hence community-based programs recognize the importance of family and youth when dealing with health issues such as HIV/AIDS. Community-based HIV/AIDS initiatives include family support groups, youth groups, involvement of youth and elders in broadcasting healthy lifestyle choices, development of youth- and culturally appropriate teaching tools, and peer education.

With respect to the corrections system, offenders are encouraged to maintain ties with a religious community during incarceration. Correctional Service Canada employs Aboriginal elders to provide religious/cultural guidance to Aboriginal offenders. In addition, representatives of religious organizations have access to the institutions through a range of programs. CSC includes a chaplaincy division and employs chaplains serving all institutions.

### *5.3 Please note any problems or constraints encountered in developing strategies and programmes to reduce vulnerability.*

The current challenge is to develop a national approach to issues of vulnerability. The CSHA is now defining this national perspective, although many issues of vulnerability, including homophobia, strategies for Aboriginal peoples, and programs for injection drug users have been addressed.

Constraints encountered in developing strategies and programs to reduce vulnerability among Aboriginal peoples include lack of training and capacity; limited resources; and lack of relevant

research for these populations, including research to look at vulnerable segments within the so-called vulnerable populations, as not all Aboriginal people are necessarily vulnerable.

## 6. Children Orphaned and Made Vulnerable by HIV/AIDS (Targets by 2003)

***6.1 Does the country have a national policy and strategy to provide a supportive social environment for orphans or children infected and affected by HIV/AIDS in order to ensure enrolment in school, access to shelter, nutrition, health and social services?***

Yes. All children are entitled to school, shelter, nutrition, health and social services. Discrimination against children with HIV/AIDS appears to have abated, and access to all programs and services appears to be in place.

The federal Department of Indian Affairs and Northern Development and the provinces have responsibility for social services for Aboriginal populations, including the provision of supportive environments for orphaned children irrespective of the reason they are orphaned.

***6.2 Please note any problems or constraints encountered in developing a national policy for orphans.***

Canada does not appear to have a significant number of orphans as a result of AIDS.

## 7. Alleviating Social and Economic Impact (Targets by 2003)

***7.1 Has the economic and social impact of the HIV/AIDS epidemic in the country been evaluated and multisectoral strategies developed that address the impact at individual, family, community and national level?***

Yes. The last assessment of the economic burden of HIV/AIDS was completed in 1997. A new one will be prepared beginning in 2002. This will feed all existing strategies and mechanisms.

However, the economic and social impact of the HIV/AIDS epidemic among First Nations and Inuit specifically has not been evaluated. Constraints include lack of resources, both human and financial.

***7.2 Is a national legal and policy framework that protects the rights of people living with and affected by HIV/AIDS in the workplace in place?***

Yes. The human and constitutional rights described earlier (question 4.1) apply to the rights of people living with HIV/AIDS in the workplace.

*7.3* ***Please note any problems or constraints encountered with respect to undertaking social and economic analysis and developing a policy framework for AIDS in the workplace.***

A national AIDS-in-the-workplace policy has not been seen as necessary. Legislation is already in place to deal with discrimination in the workplace, including discrimination related to HIV/AIDS.

## 8. Research and Development

*8.1* ***Has there been an increase in national investment in HIV/AIDS related research and development?***

Yes. Since the initiation of the CSHA in May 1998 there has been an increase in the national investment in HIV/AIDS-related research. Fostering scientific advancements is a priority under the CSHA, which provides annual funding of $13.15 million for research within Health Canada and for extramural research at universities, hospitals and other research institutions. These funds, along with the additional investments they leverage from other stakeholders, are an integral part of Canada's response to HIV/AIDS. Although the contribution to research from the CSHA has not increased since 1998-99, research investments have increased from national funding sources such as the Canadian Institutes of Health Research and with the creation of new national research funding programs, including the Canada Foundation for Innovation, Genome Canada and Canada Research Chairs. The accompanying table shows total financial commitment to HIV/AIDS research in Canada since the CSHA was established, including national funding programs that operate independently of the CSHA.

**Federal HIV/AIDS Research Investment**
Commitments as of April 30, 2002 ($ thousands)

| | 1998-99 | 1999-00 | 2000-01 | 2001-02 | 2002-03[1] | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Biomedical / Clinical Stream[3] | 5,300 | 4,600 | 4,600 | 4,600 | 4,600 | 23,700 |
| Health Services / Population Health Stream[3] | 2,425 | 2,425 | 2,425 | 2,425 | 2,425 | 12,125 |
| Canadian HIV Trials Network[3] | 3,200 | 3,200 | 3,200 | 3,200 | 3,200 | 16,000 |
| Community-Based Research | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 5,000 |
| Aboriginal Research Program | 800 | 800 | 800 | 800 | 800 | 4,000 |
| Health Canada | 1,125 | 1,125 | 1,125 | 1,125 | 1,125 | 5,625 |
| **CSHA Total** | **13,850** | **13,150** | **13,150** | **13,150** | **13,150** | **66,450** |
| Canadian Institutes of Health Research[2] | 896 | 2,798 | 3,740 | 4,800 | 5,000 | 17,234 |
| Canada Research Chairs Program | na | Na | 400 | 1,175 | 1,400 | 2,975 |
| Canadian Network for Vaccines and Immunotherapeutics[4] | na | Na | 1,432 | 1,378 | 1,369 | 4,179 |
| Canada Foundation for Innovation[5] | 896 | 3,655 | 373 | 1,927 | 0 | 6,851 |
| **Grand Total** | **15,642** | **19,603** | **18,895** | **22,430** | **20,919** | **97,489** |

na = Not applicable.

1. Amounts in 2002-2003 are estimates and are subject to change depending on amounts actually spent by end of fiscal year.
2. The Medical Research Council's commitment (inherited by CIHR) was at least $10 million over 5 years beginning in 1998-99. CIHR's commitment is at least $3.5 million per year for five years beginning in 2001-2002.
3. CSHA funding administered by Canadian Institutes of Health Research.
4. Approximate figures on how much CANVAC is spending on HIV vaccine research (provided by CANVAC).
5. The amounts in this table reflect CFI's contribution to total eligible project costs. On average, the CFI contributes 40%. The institutions secure the remaining 60% from funding partners in the public, private and voluntary sectors. The amounts in each fiscal year reflect the fiscal year in which the award was approved. Amounts do *not* reflect funds disbursed in each fiscal year.

***8.2 Have efforts been made to encourage the development of:***

***(a) National research infrastructure?***

***(b) Laboratory capacity?***

***(c) Improved surveillance systems?***

***(d) Data collection, processing and dissemination?***

*(e) Training of basic and clinical research, social scientists, health-care providers and technicians?*

*(f) Human resources?*

### *8.2.a National research infrastructure*

Yes. Please see (b), below.

### *8.2.b Laboratory capacity*

Yes. Health Canada's National HIV and Retrovirology Laboratories provide national and international resource and reference services in clinical HIV laboratory sciences for the purpose of improving the health of individuals living with HIV/AIDS. This is accomplished through the provision of national and international quality assurance programs for HIV immunology, serology and viral load testing and as well as through the development, evaluation and transfer of technologies for HIV diagnosis and clinical monitoring to national and international partners.

The National HIV and Retrovirology Laboratories in collaboration with Canadian HIV Strain and Drug Resistance Surveillance Program carry out the molecular analysis of HIV-strain and drug-resistant variants in Canada as well as the development of bioinformatic software required for molecular epidemiological analysis of the HIV epidemic.

The National HIV and Retrovirology Laboratories also provide reference-service testing, expertise and guidance to provincial public health, hospital and blood-screening laboratories as well as to international partners for the correct and timely diagnosis of HIV infections.

The National HIV and Retrovirology Laboratories provide laboratory support for HIV and STD surveillance programs in the estimation of national incidence and prevalence rates.

National stakeholders include the Health Canada's Population and Public Health Branch, provincial public health laboratories, the Canadian HIV Clinical Trials Network, hospitals and academic laboratories. International stakeholders include the World Health Organization, Pan American Health Organization, the U.S. National Institutes of Health, the U.S. Centers for Disease Control and Prevention, UNAIDS, and various national health ministries in developing countries. Funding for National HIV and Retrovirology Laboratory programs is provided in part through the CSHA and the Health Canada Blood Safety Program.

In addition, research infrastructure and laboratory capacity have been developed through the Canada Foundation for Innovation, the Networks of Centres of Excellence, the Canadian HIV Trials Network, and Canadian Institutes of Health Research projects.

The **Canadian Institutes of Health Research** (CIHR) was established in June 2000 with a mandate to create an integrated health-research agenda that reflects the emerging needs of Canadians. CIHR is Canada's premier funding agency for health research. On behalf of the

CSHA, CIHR administers $10.2 million to fund meritorious research grants and research personnel awards across the entire spectrum of HIV/AIDS research, including biomedical, clinical sciences, and health system and services, as well as research into the social, cultural and other factors that affect the health of populations. CIHR will continue to contribute at least an additional $3.5 million per year to HIV/AIDS research until 2006-07. In 2001-02, CIHR committed an additional $4.8 million.

CIHR has several programs that contribute to the development of infrastructure and laboratory capacity, such as operating grants to support research projects by an individual or small group of investigators; equipment/maintenance grants to fund the purchase of specific items or the maintenance of instruments required for ongoing research; and group grants to support teams of three or more investigators undertaking collaborative multidisciplinary health research in Canadian research institutions or communities. In 2001-02, CIHR supported 25 new HIV/AIDS research projects and had a total of 91 ongoing HIV/AIDS research projects. Among the 91 research projects, CIHR funded 77 operating grants, 3 clinical trials, 5 industry partnership grants, 1 project under the regional partnerships program, 1 equipment/maintenance grant, 3 group grants, and 1 tri-national clinical trial.

The CIHR administers funding for the **Canadian HIV Trials Network** (CTN) to conduct scientifically and ethically sound clinical trials. The CTN is a partnership of researchers and research institutes committed to developing treatments, vaccines and a cure for HIV and AIDS.

The **Canada Foundation for Innovation** (CFI) is an independent corporation established by the Government of Canada in 1997. The CFI's goal is to strengthen the capability of Canadian universities, colleges, research hospitals, and other not-for-profit institutions to carry out world-class research and technology development. By investing in research infrastructure projects, the CFI supports research excellence and helps strengthen research training at institutions across Canada. CFI has invested more than $6 million in HIV/AIDS research infrastructure.

**Networks of Centres of Excellence** are unique partnerships among universities, industry, government and non-governmental organizations aimed at turning Canadian research and entrepreneurial talent into economic and social benefits for all Canadians. An integral part of the federal government's Innovation Strategy, these nation-wide, multidisciplinary and multisectoral research partnerships connect excellent research with industrial know-how and strategic investment.

The **Canadian Network for Vaccines and Immunotherapeutics** (CANVAC) is one of 22 funded Networks of Centres of Excellence. CANVAC is a network of leading Canadian scientists specializing in the fields of immunology, virology and molecular biology. CANVAC's researchers, along with their partners from the private, public and government sectors, are developing vaccines to prevent and treat chronic diseases such as cancer, HIV/AIDS, and hepatitis C. They hope to trigger the body's immune system to protect against these life-threatening diseases.

**Genome Canada** is the primary funding and information resource relating to genomics in Canada. It is a not-for-profit corporation dedicated to developing and implementing a national strategy in genomics research for the benefit of Canadians. Genome Canada has received $300 million from the federal government to establish five research centres across the country. To date Genome Canada has approved two large-scale research projects related to HIV/AIDS for a total contribution of approximately $10.3 million.

### *8.2.c Improved surveillance systems*

Yes. The Division of HIV/AIDS Epidemiology and Surveillance in at the Centre for Infectious Disease Prevention and Control has an HIV/AIDS Surveillance Unit responsible for publishing semi-annual reports and for conducting specific analyses on the changing aspects of the HIV epidemic. As well, in collaboration with the Centre's Division of Retrovirus Surveillance in the Centre, the HIV/AIDS Surveillance Unit works to improve the quality and completeness of surveillance data. For example:

*National HIV/AIDS surveillance meetings*
In March 2001 a national surveillance meeting addressed data transfer and quality issues for the national HIV/AIDS surveillance system. The meeting was attended by provincial and territorial representatives and community groups, in addition to staff of the Centre for Infectious Disease Prevention and Control. Issues were identified and working groups were struck to develop solutions and to improve the system.

*Collaboration with surveillance experts from other developed countries*
The Division of HIV/AIDS Epidemiology and Surveillance participates regularly in meetings and workshops on surveillance with officials from other developed countries, including the Unite States (CDC), United Kingdom (Public Health Laboratory Service), Australia, and a number of European countries. These are good opportunities to share findings and explore ideas for system improvements.

*Canadian HIV Strain and Drug Resistance Surveillance Program*
This relatively new program collects blood samples from all individuals newly diagnosed with HIV across Canada and analyzes them for HIV strain type and genetic characteristics of primary antiretroviral drug resistance.

### *8.2.d Data collection, processing and dissemination*

The Division of HIV/AIDS Epidemiology and Surveillance provides technical and financial support for targeted studies on HIV epidemiology in areas where there are data gaps not filled by existing surveillance systems or by externally funded academic research projects. Data on HIV in Canada are also synthesized from a variety of sources, analyzed, published in reports and scientific journals, and presented at national and international conferences. For example:

*HIV/AIDS Epi Updates*
This annual publication comprises a series of 15 short Epi Updates, each of which describes a certain aspect of the HIV epidemic in Canada.

*Inventory of HIV incidence and prevalence studies in Canada*
This publication lists all studies that report any HIV incidence or prevalence data pertaining to Canada. Concise descriptions of sample size, study methods and data interpretation are included.

*Guide to HIV/AIDS epidemiology and surveillance terms*
This publication, produced in collaboration with the Canadian AIDS Society, is intended to help community members better understand epidemiology and surveillance terms. As a result, communities will be better able to use epidemiology and surveillance data for programming and policy making and to advise the Division on how to make surveillance data more relevant to their needs.

### *8.2.e Training of basic and clinical research, social scientists, health-care providers and technicians*

Training opportunities have been established through **CIHR Research Personnel Awards**, the CSHA Community-Based Research Capacity-Building Program, and the Aboriginal Capacity-Building Program.

CIHR administers funds for meritorious research personnel awards across the entire spectrum of HIV/AIDS research, including biomedical, clinical sciences, health systems and services, and the social, cultural and other factors that affect the health of populations. To maintain a leadership role, attract bright new people to the field, and advance the science of HIV/AIDS, CIHR invests continuously in research capacity, for example, through research training and salary awards. In 2001-02, 37 HIV/AIDS researchers received training awards from CIHR.

In addition, across Canada, an estimated 210 graduate students and 70 post-doctoral fellows are training as HIV/AIDS researchers through support from CIHR research grants.

Special efforts are also under way to build Canada's capacity for community-based HIV/AIDS research. The **Community-Based Research Capacity-Building Program** and the **Aboriginal Capacity-Building Program for Community-Based Research** are four-year initiatives funded through the CSHA that offer scholarships and other skills-building opportunities. Scholarships are available to graduate students in master's and doctoral programs who conduct community-based research on HIV/AIDS as part of their degree requirements. As of July 2001, a total of six scholarships – four for community-based capacity building and two for Aboriginal research capacity building – had been awarded.

### *8.2.f Human resources*

Health Canada has a study under way to evaluate the state of human resources in the sector. Further work to address problems and deficiencies will be undertaken once study results are clear. Addressing human resource issues is one of the strategic directions of the CSHA.

Human resources for the conduct of HIV/AIDS research in Canada are supported by CIHR salary awards, the Canada Research Chairs program, and support for technicians and research assistants from research grants.

CIHR salary awards are provided to independent investigators who have made outstanding contributions and have demonstrated leadership in their field. In 2001-02, 16 investigators received salary awards from CIHR that allowed them to devote more of their time to HIV/AIDS research projects.

The Government of Canada established the **Canada Research Chairs** Program in 2000. Its key objective is to enable Canadian universities, together with their affiliated research institutes and hospitals, to achieve the highest levels of research excellence, to become world-class research centres in the global knowledge-based economy. The secondary objectives of the Program are to:

- strengthen research excellence in Canada and increase Canada's research capacity by attracting and retaining excellent researchers in Canadian universities;
- strengthen the training of highly qualified personnel through research;
- improve universities' capacity to generate and apply new knowledge; and
- optimize the use of research resources through institutional strategic planning and inter-institutional and intersectoral collaboration.

Eight HIV/AIDS researchers are supported by the Canada Research Chairs program at present.

***8.3 What measures have been taken to ensure that research protocols for the investigation of HIV-related treatment are ethical and includes antiretroviral therapies and vaccines are evaluated by independent committees of ethics?***

In signing an application to the Canadian Institutes of Health Research, applicants and administrators give an undertaking that any research carried out with funds from CIHR will respect all CIHR requirements for the ethical conduct of research as expressed in policy documents.

In general, the following policy statements place primary responsibility on researchers and require the institutions in which research is conducted to have in place the monitoring and review committees defined in the guidelines. CIHR reserves the right to deny or withdraw funding if the investigator or the institution does not comply with the following guidelines.

*(a) Research involving human beings*
Any research involving human subjects must be approved by the appropriate local review committee, established and operating in accordance with the relevant CIHR statements of policy

– including the *Tri-Council Policy Statement: Ethical Conduct for Research Involving Humans* and CIHR's recently released guidelines for stem cell research, *Human Pluripotent Stem Cell Research: Guidelines for CIHR-Funded Research* – before research begins. The institution is responsible for withholding CIHR funds from the researcher(s) until the required approvals have been given.

*(b) Research involving animals*
Any research involving animals must be approved by the appropriate local review committee, established and operating in accordance with the relevant *Care and Use of Experimental Animals* and *Canadian Council of Animal Care* statements of policy before the research is started. The institution is responsible for withholding CIHR funds from the researcher(s) until the required approvals have been given.

***8.4 Please note any problems or constraints in increasing investments in research.***

The total budget for the CSHA has not increased since it was launched in 1998. Conflicting demands on the budget have not allowed research funding from the CSHA budget to increase.

## 9. HIV/AIDS in Conflict and Disaster Affected Regions

***9.1 Does the country have a national policy/strategy that incorporate HIV/AIDS prevention, care and treatment into programmes that respond to emergency situations?***

No. However the CSHA has mechanisms to identify new and emerging issues and the capacity to respond in any emergencies. The Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on AIDS and the Ministerial Council on HIV/AIDS have a mandate to identify issues of concern, including any emergency situations. The Centre for Infectious Disease Prevention and Control would identify emergencies and develop a plan of response.

***9.2 Please note any problems or constraints encountered in increasing investments in research.***

None noted.

## 10. Resources

***10.1 Have national budgetary allocations for HIV/AIDS programmes been increased and adequate allocations, including a line budget for HIV/AIDS, made by all ministries and other relevant stakeholders?***

Absolute figures for HIV/AIDS spending from all departments, agencies and relevant stakeholders are not available for this report. Nor does this report include expenditures by provincial or territorial governments.

Some federal departments and agencies, such as the Canadian International Development Agency, the International Development Research Centre, and the Canadian Institutes of Health Research, have increased funding for HIV/AIDS.

The budget for the CSHA has remained constant for 10 years.

Some provinces have increased expenditures for HIV/AIDS over the last 10 years, especially in response to increased prevalence, while other provinces have not made specific budget allocations for HIV/AIDS.

The international collaboration component of the CSHA includes a commitment to develop new strategies to ensure the appropriation of increased resources for HIV/AIDS globally. Much of this work is done through a multisectoral working group coordinated through Health Canada's International Affairs Directorate (IAD).

The IAD conducted a survey of Canadian government departments/agencies, non-governmental organizations and universities to determine the level of Canada's involvement in the global response to the HIV/AIDS pandemic. The results indicated that Canadian organizations are actively involved in numerous HIV/AIDS projects throughout the world. These projects covered a wide range of issues, including prevention, policy development, counselling, training, epidemiology, evaluation, research and comprehensive care, among others. The research showed that the international involvement of Canadian organizations and agencies has led to a strengthening of the domestic response to HIV/AIDS. Thus collaboration between the IAD and non-governmental organizations on projects to promote and facilitate international action in HIV/AIDS has the corollary effect of increasing application of resources to HIV/AIDS domestically.

***10.2 For donor countries: Have steps been taken towards meeting the agreed international target of 0.7% of Gross National Product as Official Development Assistance?***

Yes. Canada remains committed to reaching the 0.7% of GNP target. In the most recent federal budget (December 2001), international assistance was increased by $1 billion over three years. Canada's Prime Minister announced in Monterrey, that Canadian international assistance will increase by at least 8% per year in the years to come, which should result in doubling our current aid performance in eight or nine years. This demonstrates Canada's commitment to increasing our Official Development Assistance budget as our fiscal situation permits. Canada has also committed to quadrupling Official Development Assistance spending on HIV/AIDS between 2000 and 2005, from $20 million to $80 million per year.

***10.3 For donor countries: Have steps been taken towards meeting the target of 0.15 - 0.20% of Gross National Product as Official Development Assistance for least developed countries?***

Yes. Through Official Development Assistance, Canada is committed to working with the poorest of the poor by focusing on four social development priorities: health and nutrition; HIV/AIDS; basic education; and child protection. Canada is increasing its international assistance to Africa. The December 2001 budget provided an additional $500 million in international assistance toward the G8's response to Africa's plan to lift itself out of poverty; this will be a main focus of discussion at the G8 Summit in Canada in June 2002. Canada is also working to mainstream the four social development priorities in all international assistance efforts in Africa.

## 11. Follow-up

### *11.1 Have national mechanisms for follow-up been established, such as scheduling of national reviews and establishing monitoring systems?*

Yes. A national direction-setting and work-planning process involving multisectoral partners has been established for the CSHA. As well, the CSHA has a clear monitoring and accountability process with an evaluation cycle. Planning for implementation of the strategy is undertaken by all multisectoral partners, consumers and professions.

The First Nations and Inuit Health Branch does not have its own national review but is included in the CSHA's national review. However, all community projects provide reports and workplans to their respective regions. The regions in turn submit their reports to the national office.

The Canadian Institutes of Health Research, led by the Institute of Infection and Immunity, is developing a research priority-setting mechanism that will include CIHR, Health Canada, HIV researchers and other stakeholders. This mechanism will monitor current research priorities for HIV/AIDS research and will develop strategic initiatives to respond to these priorities.

## 12. Recommendations

### *12.1 Please make recommendations on actions needed to make rapid progress in implementing the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS.*

- Produce a report outlining the status of countries' responses to the foregoing questions to enable inter-country communication on policy and program development and implementation.

- Develop an evaluation model that could be used to enhance national action and the ability of countries to provide data.

- As the country reports are not confidential, ask UNAIDS post all country reports in a dedicated section of its website. This would give all countries access to relevant detail that

cannot be included in the Secretary General's overall report and would serve to encourage us all in our efforts to bring about change and to report on them comprehensively.

- Consider producing country reports in a way that allows countries to share not only basic information about their HIV/AIDS initiatives and activities but also to share best practices and experiences with various approaches.

- Where the Declaration of Commitment has established target dates, consider asking countries to submit information in a form that would allow assessments of whether countries were meeting targets within established timeframes.

**Annex A**
**A Note on Canada's Health Care System**

A brief overview of Canada's health care system may be helpful in understanding Canada's domestic response to HIV/AIDS. For the most part the system is a publicly financed and privately delivered system that is best described as an interlocking set of ten provincial and three territorial health insurance plans. Known to Canadians as Medicare, the system provides access to universal coverage for medically necessary hospital, in-patient and out-patient physician services.

This structure results from the constitutional assignment of jurisdiction over most aspects of health care, including management and delivery of health services, to the provincial order of government. The system is referred to as a 'national' health insurance system in that all provincial and territorial hospital and medical insurance plans are linked through adherence to national principles set at the federal level.

Like other health care, programs and services related to HIV/AIDS care and treatment are managed and delivered within each jurisdiction as appropriate under this constitutional division of responsibilities.

Provinces and territories plan, finance and evaluate the provision of hospital care, physician and allied health-care services, some aspects of prescription drug care and public health.

The federal government's role involves setting and administering national principles or standards for the health care system; assisting in the financing of provincial health care services through fiscal transfers; and fulfilling functions for which it is constitutionally responsible, such as providing direct health service delivery to specific groups, including veterans, First Nations people living on reserves, and Inuit living in Inuit communities.

Health Canada is the federal department responsible for helping the people of Canada maintain and improve their health. The department is also active in health protection, disease prevention and health promotion. In partnership with provincial and territorial governments, non-governmental organizations and health stakeholders, Health Canada provides national leadership to develop health policy, promote disease prevention, reduce health and safety risks, and enhance healthy living for all Canadians. Actions in these areas include HIV prevention programs such as HIV testing and counselling, needle-exchange programs, promotion of condom use, and programs aimed at reducing vulnerability to HIV.

There is important interplay between the health services delivery system and the health promotion and protection functions; both are supported at the national, provincial, territorial and local level.

# Rapport 2002 du gouvernement du Canada au secrétaire général des Nations Unies sur la Déclaration d'engagement issue de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale sur le VIH/sida

## État de l'épidémie au Canada

Selon les estimations, 49 800 personnes vivaient avec le VIH/sida au Canada, à la fin de 1999, soit une augmentation de 24 p. 100 par rapport au chiffre estimatif de 40 100 personnes à la fin de 1996. Le nombre des nouveaux cas d'infection par le VIH en 1999 se situerait à quelque 4 200 – chiffre pratiquement stable depuis 1996. Des changements significatifs dans les taux d'infection ont été observés au sein des sous-groupes de la population, comme en témoignent plusieurs études réalisées dans diverses régions du Canada et les données nationales de surveillance sur le VIH/sida.

Le comportement sexuel continue d'être le principal mode de transmission du VIH. Les nouveaux cas d'infection touchent surtout les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (38 p. 100 des nouveaux cas) et les consommateurs de drogues injectables (34 p. 100), mais la proportion de nouveaux cas chez les hétérosexuels qui ne font pas usage de drogues injectables est également forte (21 p.100). Ces données sont étayées par des recherches menées à Toronto et à Vancouver. En 2000, pour la première fois depuis le milieu des années 1980, le système de surveillance du VIH du ministère de la Santé du Canada a constaté une hausse du nombre de nouveaux cas de VIH diagnostiqués chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

Les données récentes du système de surveillance montrent que l'épidémie du VIH est loin d'être enrayée au Canada. En 2001, le nombre de nouveaux cas de VIH dépistés est en hausse pour la première fois depuis 1995. En outre, la proportion des nouveaux cas dépistés chez les hétérosexuels a augmenté régulièrement ces dernières années, passant de 8 p. 100 avant 1996 à 33 p. 100 en 2001. De la même façon, les tests de dépistage révèlent que les femmes représentent désormais 25 p. 100 des nouveaux cas, en hausse par rapport au pourcentage de 11 p. 100 d'avant 1996.

Les caractéristiques de l'épidémie ont également évolué dans d'autres populations. Ainsi, les nouveaux cas d'infection parmi les consommateurs de drogues injectables ont diminué de 27 p. 100 de 1996 à 1999. Le nombre annuel des nouveaux cas de VIH diagnostiqués dans cette population a également baissé dans les données nationales de surveillance. Par contre, des études ciblées réalisées un peu partout au Canada n'ont pas permis de constater une baisse des taux d'infection par le VIH chez les toxicomanes dans diverses parties du pays.

On estime à 370 le nombre d'Autochtones qui contractent le VIH chaque année, soit en moyenne un peu plus d'une personne par jour dans ce groupe de la population. On constate également des chiffres alarmants dans les populations carcérales. Dans les prisons fédérales, on estime à 1,6 p.100 le taux de prévalence du VIH chez les détenus qui subissent le test de dépistage.

Les données nationales de surveillance rendent compte de la situation chez les personnes qui prennent l'initiative de subir le test et dont les résultats sont positifs. Mais par ailleurs, on estime à environ 15 000 le nombre des Canadiens et Canadiennes infectés par le VIH qui n'ont pas été dépistés et qui ignorent qu'ils sont séropositifs. Ces personnes posent un défi important pour les efforts de prévention, de soins et de traitement.

## Les réalités et les défis

Nous avons marqué des points et accompli des progrès dans la lutte contre le VIH/sida, mais l'épidémie n'est toujours pas jugulée et l'avenir est lourd de défis.

- **Le VIH/sida continue de se propager au Canada**

Les personnes atteintes par le VIH/sida voient désormais leur espérance de vie prolongée, principalement grâce au traitement antirétroviral hautement actif (HAART). Dans le même temps, de nouveaux cas d'infection continuent d'être signalés, ce qui fait peser une charge sans cesse plus lourde sur les systèmes de santé et de services sociaux du Canada, les travailleurs des milieux du VIH/sida et la société dans son ensemble. Manifestement, de nouveaux efforts s'imposent dans le domaine de la prévention pour rejoindre ceux et celles qui vivent avec le VIH/sida ou qui sont à risque de contracter cette maladie.

- **Selon les estimations, un tiers des personnes vivant avec le VIH/sida au Canada ne savent pas qu'elles en sont infectées**

Le Canada doit demeurer vigilant dans le contrôle de l'épidémie. Il doit trouver des moyens novateurs pour encourager les gens à se présenter aux tests de dépistage du VIH, afin que ceux qui apprennent leur séropositivité puissent se prévaloir des programmes de soins, de traitement, de soutien et de prévention le plus tôt possible après l'infection.

- **L'épidémie est une cible mouvante**

Le visage de l'épidémie du VIH/sida ne cesse de se remodeler. Après le succès des campagnes de prévention du début des années 1990, l'infection par le VIH est de nouveau en hausse chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Les consommateurs de drogues injectables, les femmes et les Autochtones y sont devenus de plus en plus vulnérables. Il faut que le Canada déploie face à cette maladie des actions suffisamment souples pour les adapter en fonction de l'évolution des caractéristiques de l'épidémie sans pour autant risquer de perdre le terrain gagné.

- **Les traitements contre le VIH/sida ne sont pas assez efficaces**

Nous pensons que quelque 4 000 Canadiens séropositifs pour le VIH pourraient avoir besoin d'un autre traitement que le HAART parce qu'ils ne tolèrent pas les médicaments ou que ceux-ci sont inopérants dans leur cas, et ce nombre va en augmentant. Il faut trouver de nouveaux traitements pour éviter de voir croître la mortalité liée au sida. Ce défi s'impose d'autant plus que l'on voit apparaître des souches du VIH qui résistent aux traitements courants.

## La réponse du Canada au VIH/sida

La réponse du Canada à l'épidémie de VIH/sida a beaucoup évolué durant les deux dernières décennies. Les pouvoirs publics, le système de santé et d'autres secteurs de la santé se sont mobilisés devant cette menace croissante. De la mobilisation initiale de la communauté gaie sous forme de petits organismes communautaires fondés sur le bénévolat du début des années 1980, la participation s'est étendue au milieu médical, aux associations professionnelles, aux chercheurs et au secteur privé, ainsi qu'aux hémophiles et autres personnes infectées par le système d'approvisionnement en produits sanguins.

Dans un premier temps, la réponse nationale au VIH/sida s'est articulée sur l'élaboration de normes nationales (notamment sur les préservatifs et autres produits et articles de protection) et la mise en place d'une infrastructure opérationnelle permettant d'intensifier l'action et le dialogue.

En outre, dès les premiers jours de l'épidémie, la réponse du Canada s'est caractérisée par l'élaboration et la diffusion d'information par les organisations locales et nationales sur des sujets allant des options de traitement aux soins palliatifs et à la grossesse.

En 1990, le gouvernement fédéral a adopté la Stratégie nationale sur le sida (SNS) pour aider à organiser les divers intervenants dans une approche plus structurée et coordonnée. En 1993, la SNS a été renouvelée pour une période de cinq ans et a vu son budget annuel passer de 37,3 à 42,2 millions de dollars[1].

À la suite de nombreuses consultations menées auprès des intervenants en 1997, la Stratégie canadienne sur le VIH/sida (SCVS) a été lancée en 1998, avec un budget permanent et l'objectif d'organiser une action nationale coordonnée et continue. Contrairement à la SNS dont l'approche était axée sur la maladie, la SCVS s'intéresse aux causes profondes de l'épidémie du VIH, aux déterminants de la santé et aux autres dimensions du problème. La SCVS concentre son attention sur les personnes qui vivent avec le VIH/sida et celles qui sont le plus à risque d'être infectées par le VIH.

## La Stratégie canadienne sur le VIH/sida

1. À moins d'indication contraire, toutes les sommes sont en dollars canadiens.

La SCVS représente une nouvelle ère dans le domaine des programmes relatifs au VIH/sida. En raison de son régime politique qui divise ou partage entre les gouvernements fédéraux, provinciaux et territoriaux la responsabilité de certains domaines, comme la santé et les services sociaux[1], le Canada a un réseau complexe de systèmes gouvernementaux, institutionnels et communautaires qui s'efforcent de mener une action appropriée et efficace contre le VIH/sida. Tous les principaux intervenants sont considérés comme des partenaires à part entière et sont liés par de multiples relations de travail et une détermination commune à remporter la lutte contre le VIH/sida.

La SCVS fournit un cadre sans précédent pour stimuler la collaboration entre ces partenaires, l'innovation et l'engagement de s'attaquer à l'épidémie. Les partenaires de la SCVS se sont fixé un programme d'action exigeant qui appelle à un redoublement des efforts et au ralliement de nouveaux secteurs de la société à la campagne contre le sida. Les partenaires de la SCVS ont pris l'engagement de :

- maintenir le VIH/sida au programme des interventions publiques;
- placer le VIH/sida dans un vaste contexte de justice sociale;
- élargir l'approche pancanadienne en formant de nouveaux partenariats avec des intervenants et des secteurs essentiels;
- remplir l'obligation du Canada envers la Déclaration d'engagement d'UNGASS, qui insiste sur l'intensification des réponses nationales, régionales et internationales à la problématique du VIH/sida;
- continuer d'améliorer les systèmes de surveillance;
- revitaliser les efforts de prévention qui comprennent les programmes de prévention et de soins, de traitement et de soutien pour les Canadiens qui vivent avec le VIH/sida ou sont susceptibles de le contracter;
- inviter les populations vulnérables à concevoir et à mettre en oeuvre des approches particulières pour répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables à celui-ci;
- établir des priorités de recherches relatives au VIH/sida et un lien plus étroit entre les efforts canadiens et les activités de recherche internationale, en vue de trouver des vaccins, des médicaments et des thérapies efficaces et, à terme, de guérir le VIH/sida;
- examiner les priorités de financement de la CSVS pour maximiser l'impact des ressources financières limitées.

Dans la poursuite de ces objectifs, la SCVS a retenu trois grandes orientations :

- durabilité et intégration améliorées,
- focalisation accrue sur les personnes qui sont le plus à risque
- responsabilisation publique accrue.

---

1. Voir l'annexe A, Aperçu du système de santé du Canada.

Santé Canada, le principal ministère fédéral pour les questions relatives au VIH/sida, coordonne la SCVS à l'échelle nationale, et dispose à cet effet d'un budget annuel de 42,2 millions de dollars dont la ventilation est la suivante.

**Domaines stratégiques et allocations de fonds de la SCVS**
(en millions de dollars)

| | |
|---|---|
| Prévention | 3,90 |
| Soutien des organismes communautaires et des organismes non gouvernementaux | 10,00 |
| Soins, traitement et soutien | 4,75 |
| Recherche | 13,15 |
| Surveillance | 4,30 |
| Collaboration internationale | 0,30 |
| Droits juridiques, droits éthiques et droits de la personne | 0,70 |
| Santé et développement des communautés autochtones | 2,60 |
| Service correctionnel Canada | 0,60 |
| Consultation, évaluation, contrôle et rapports | 1,90 |
| **Total** | **42,20** |

Au ministère de la Santé du Canada, plusieurs centres de responsabilité participent au travail de coordination de la SCVS :

- Le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, y compris la Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida, est chargé de la surveillance nationale et de la recherche sur l'épidémiologie et la science de laboratoire relativement au VIH/sida, aux maladies transmises sexuellement et à la tuberculose. Il élabore les recommandations sur la lutte contre ces maladies et assure la coordination de la SCVS.
- La Division de l'évaluation des programmes de Santé Canada est chargée d'évaluer l'efficacité des programmes.
- La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits administre les programmes d'éducation et de prévention sur le VIH/sida ainsi que les services connexes de santé auprès des communautés Premières nations et des Inuits. Elle affecte également 2,5 millions de dollars, puisés en dehors du budget de la SCVS, pour répondre aux besoins des membres des Premières nations qui vivent sur les réserves et des Inuits qui vivent dans les communautés inuites.
- Les bureaux régionaux de Santé Canada constituent des pôles de coordination et de collecte d'information dans tout le pays.
- La Direction des affaires internationales, de la Direction générale de la politique de la santé et des communications de Santé Canada, met en oeuvre le volet collaboration internationale

de la SCVS en misant sur l'efficacité de la collaboration existante entre les organisations bénévoles, le secteur privé et les ministères du gouvernement fédéral.

Les autres partenaires fédéraux de la SCVS sont les Instituts de recherche en santé du Canada et le Service correctionnel du Canada :

- Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), principal organe fédéral de financement des recherches dans le domaine de la santé, administrent la majorité des fonds de recherche alloués à la SCVS. Les IRSC financent des travaux de recherche sur tous les aspects de la santé – services biomédicaux, sciences cliniques, systèmes et services de santé, ainsi que les facteurs sociaux, culturels et autres – ayant une influence sur la santé de la population. Les IRSC, qui gèrent la majeure partie du programme de recherche extra-muros de la SCVS, ont également contribué 4,8 millions de dollars de leur propre budget à la recherche sur le VIH/sida en 2001-2002.
- Le Service correctionnel du Canada, qui relève du ministère du Solliciteur général, est responsable de la santé des personnes détenues dans les établissements correctionnels fédéraux et il assure un rôle directeur important au niveau national par ses apports à la compréhension du VIH/sida en milieu carcéral. Le Service correctionnel du Canada affecte annuellement 3 millions de dollars, qui s'ajoutent aux fonds versés par la SCVS, aux programmes sur le VIH/sida dans les pénitenciers fédéraux.

Outre les initiatives et les fonds fédéraux, les gouvernements provinciaux et territoriaux consacrent des fonds importants à la prestation des services de santé ainsi qu'aux activités de recherche et de prévention relatives au VIH/sida. Les provinces, en particulier, allouent dans le domaine du VIH/sida des budgets importants et, dans certains cas de plus en plus élevés, principalement en raison des coûts du traitement et de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida.

Le gouvernement du Canada s'est affirmé comme un partenaire qui compte dans l'action mondiale menée face à l'épidémie du VIH/sida :

- L'Agence canadienne de développement international (ACDI) a fait du VIH/sida l'une de ses quatre priorités en matière de développement social en septembre 2000. Les fonds consacrés par l'ACDI aux projets sur le VIH/sida vont passer progressivement de 23 millions de dollars en 2000-2001 à 80 millions de dollars en 2004-2005, ce qui représente une affectation totale de 270 millions de dollars en cinq ans.
- Le Centre de recherches pour le développement international.
- En outre, en juillet 2001, le gouvernement du Canada a annoncé qu'il verserait 150 millions de dollars, étalés sur quatre ans, au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

**Comités consultatifs nationaux**

À l'échelon national, des comités représentant un grand éventail de positions et de perspectives élaborent des avis stratégiques et des orientations qui influent sur la SCVS.

Le **Conseil ministériel sur le VIH/sida** conseille le ministre fédéral de la Santé sur les aspects du VIH/sida qui sont de portée nationale. Les membres qui le composent représentent un large éventail d'expériences et de connaissances. En outre, cinq sièges y sont réservés à des Canadiens ou Canadiennes vivant avec le VIH/sida. Le Conseil a axé ses travaux sur l'évaluation et la surveillance de la SCVS, la prise en compte des problèmes actuels et potentiels, et la définition d'une vision à long terme. En 2000-2001, le Conseil a participé à la formulation des positions de principe dont Santé Canada a fait la recommandation au ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration du Canada, pour ce qui concerne le dépistage du VIH chez les migrants, et à Service correctionnel Canada, pour ce qui concerne la prestation des services de prévention du VIH/sida, des soins et du soutien aux personnes détenues dans les prisons fédérales. Dans son rapport paru en janvier 2002 *« Faire le point : évaluation de la pertinence de l'investissement du Gouvernement du Canada dans la Stratégie canadienne sur le VIH/sida*, le Conseil conclut qu'il faut accroître le financement public de la SCVS. Le Conseil y attire l'attention également sur la nécessité de faire plus de recherche communautaire et sur la propagation du VIH dans les populations vulnérables, dont les utilisateurs de drogues injectables, les femmes et les Autochtones.

**Le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida** (FPT sida), pour sa part, offre des conseils en matière d'orientations stratégiques à la Conférence des sous-ministres de la santé. Le FPT sida a participé, en collaboration avec quatre autres comités fédéraux-provinciaux-territoriaux, aux efforts visant à faire reconnaître l'usage des drogues injectables comme un problème de santé. Ces efforts ont donné lieu à un rapport qui fournit un cadre à des stratégies multi-niveaux visant à réduire les maux associés à l'usage de drogues injectables et qui favorise une coordination et une collaboration accrues entre les compétences et les secteurs. Ce rapport a ensuite été publié aux fins d'une consultation plus vaste par la Conférence des sous-ministres. En outre, le FPT sida a examiné une grande gamme de questions touchant les Autochtones et de questions juridiques en rapport avec les personnes qui ne veulent ou ne peuvent prévenir la transmission du VIH.

**Le Groupe de travail international VIH/sida** guide la composante collaboration internationale de la SCVS. Composé d'organisations nationales et internationales et de divers ministères fédéraux, il conseille la Direction des affaires internationales de Santé Canada sur les efforts de collaboration qu'il convient de mettre en chantier.

**Établir les orientations stratégiques de la SCVS**

En raison de la problématique changeante de l'épidémie et des nouveaux défis qui se présentent, le Canada se voit limité dans sa capacité de préserver les acquis et de faire de nouveaux progrès. En octobre 2000, au cours de la première réunion d'établissement des orientations de la SCVS, plus de 125 personnes représentant l'ensemble des partenaires multisectoriels de la SCVS ont

défini les 10 axes stratégiques qui orienteront la SCVS au cours des deux ou trois prochaines années :

- Mobiliser les gouvernements de tous les niveaux, les gouvernements autochtones et les dirigeants des collectivités pour qu'ils participent à une intervention coordonnée sur le VIH/sida.
- Établir, en collaboration avec les Autochtones, une stratégie nationale sur le VIH/sida, relative à tous les Autochtones et à leurs collectivités choisies, au sein de la SCVS.
- Établir une stratégie d'information pour déterminer, obtenir, analyser, valider, communiquer et faire utiliser plus facilement une base étendue de renseignements nécessaires aux buts de la SCVS.
- Sensibiliser le public sur les répercussions de l'épidémie du VIH au Canada et ailleurs dans le monde, encourager un leadership politique faisant progresser la réponse du Canada à l'épidémie et mobiliser les hommes et femmes politiques, les bureaucrates et les dirigeants de collectivités.
- Établir une stratégie de prévention basée sur des principes, fixant des buts précis, élaborant des stratégies appropriées et comprenant des programmes culturels spécifiques; elle doit être coordonnée sur le plan national, élaborée en collaboration et mise en oeuvre dans les collectivités.
- Élaborer une approche stratégique pour les soins, le traitement et le soutien, afin que les personnes vivant avec le VIH/sida bénéficient d'un accès égal et homogène à ces avantages.
- Renouveler et soutenir la compétence pancanadienne et développer des connaissances intersectorielles très variées sur le VIH/sida.
- Attirer l'attention des Canadiens vulnérables d'une façon diversifiée et rassembleuse, de manière à établir des approches uniques qui soient souples, innovatrices, mesurables et responsables.
- Se diriger vers un cadre de justice sociale qui est basé sur les facteurs déterminants de la santé afin de tenir compte de la vulnérabilité des personnes vivant avec le VIH/sida ou risquant de le contracter.
- Élaborer pour la SCVS un plan opérationnel et stratégique de cinq ans qui fixe des objectifs précis, mesurables, accessibles, réalistes, efficaces, pertinents et assortis d'échéances, pour chaque composante de la SCVS. Les plans de travail annuels seront élaborés par rapport à ces objectifs.

Une deuxième réunion d'orientation a eu lieu en avril 2002. La synthèse de ses résultats est en cours.

**L'état des progrès**

Bien que les défis à venir soient grands, un travail considérable a été accompli pour lutter contre l'épidémie. Les partenaires de la SCVS ont identifié les domaines clés dans lesquels l'obtention de résultats à court terme contribuera à l'atteinte des buts. Les paragraphes qui suivent relatent les progrès réalisés dans chacun de ces domaines et l'apport des partenaires canadiens au défi mondial.

- *Façonner une réponse canadienne coordonnée.* Beaucoup d'organisations sont engagées dans la lutte contre le VIH/sida. La coordination et la collaboration renforcent les efforts en matière de politiques et de programmes.
- *Bâtir une réponse pancanadienne au VIH/sida.* La SCVS favorise la création de nouveaux partenariats tant au sein de la collectivité habituelle des intervenants du VIH/sida qu'avec des intervenants non habituels.
- *Prendre part à la réponse mondiale au VIH/sida.* Le Canada est déterminé à stopper la propagation mondiale du VIH et à aider les pays en développement à renforcer leur réponse à l'épidémie.
- *Renforcer la réponse canadienne par la science.* La recherche biomédicale, clinique et en sciences sociales renforce la future réponse.
- *Accroître l'utilisation d'information fiable.* Des ressources sont préparées et diffusées à l'intention des personnes qui vivent avec VIH/sida ou risquent d'en être infectées et à l'intention d'autres personnes prenant part à la réponse canadienne.
- *Accroître la capacité de lutte de l'ensemble du spectre d'intervention.* La SCVS renforce la capacité des personnes et des groupes de répondre à une épidémie complexe et répandue qui a d'importantes conséquences pour la société au plan de la santé, au plan socioéconomique et au plan des droits de la personne.

## Rédaction du présent rapport

Comme il a été dit plus haut, et comme l'explique l'annexe A, l'organisation du système de santé du Canada se caractérise par le partage et l'imbrication des responsabilités à l'égard des programmes et des services visant le VIH/sida. Étant donné que la rédaction du présent rapport relève au premier chef du gouvernement fédéral, et vu les contraintes temporelles, il a été décidé de faire de la SCVS le thème central du rapport. En conséquence de ce choix, un bon nombre des activités et initiatives prises relativement au VIH/sida par les autres ministères et organismes fédéraux, les gouvernements provinciaux et territoriaux et les organisations non gouvernementales ne sont pas abordées dans ces pages.

Les données du présent rapport ont été rassemblées par la Direction des affaires internationales (DAI), de Santé Canada, qui s'est d'abord adressée à ses partenaires de la SCVS et à l'Agence canadienne de développement international pour obtenir leurs points de vue. Voici les ministères et organismes fédéraux qui ont répondu au questionnaire et qui ont fourni d'autres éléments d'information utilisés pour rédiger le projet de rapport :

- Santé Canada, dont
  - le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses;
  - la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits;
  - la Direction des affaires internationales;
- les Instituts de recherche en santé du Canada;
- le Service correctionnel du Canada;
- l'Agence canadienne de développement international;

La DIA a ensuite envoyé pour examen et observations le projet de rapport aux participants et aux collaborateurs suivants :

- les partenaires de la SCVS qui avaient communiqué leurs points de vue, et l'ACDI;
- le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida (FPT sida);
- le Groupe de travail sur les questions internationales du VIH/sida, qui relève de la DAI, dont les membres représentent cinq grandes organisations non gouvernementales :
  - La Société canadienne du sida;
  - L'Association canadienne de santé publique;
  - Le Réseau juridique canadien sur le VIH/sida;
  - La Coalition interagence sida et développement;
  - Le Conseil international des ONG de lutte contre le sida.

La DAI a recueilli les observations de ces organismes, les a intégrées dans son projet de rapport, et a de nouveau soumis le rapport révisé à ses partenaires de la SCVS pour la relecture finale. Le ministère fédéral des Affaires étrangères et du Commerce international a également examiné le rapport.

## Réponses au questionnaire

## 1. Développement du leadership et élaboration des stratégies (objectif à atteindre d'ici 2003)

### *1.1 Le pays a-t-il conçu un plan stratégique national multisectoriel visant le VIH/sida?*

Oui. Les partenariats multisectoriels sont au coeur de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. À chaque étape de la planification et de la mise en oeuvre, la SCVS fait appel aux gouvernements, aux organisations nationales et régionales vouées à la défense des personnes vivant avec le VIH et le sida, aux associations professionnelles qui représentent les personnes travaillant dans les secteurs des soins, du traitement et du soutien, ainsi qu'aux personnes vivant avec le sida ou touchées par cette maladie.

Lors de la réunion d'établissement des orientations nationales, en avril 2002, il a été convenu d'élaborer un plan opérationnel et stratégique de cinq ans. Plusieurs provinces ont également conçu des programmes et des stratégies visant le VIH/sida.

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, avec l'aide du Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, appuie l'élaboration d'une stratégie nationale sur le VIH/sida pour les Autochtones. Cette stratégie, actuellement à l'étape de l'élaboration, est placée sous la direction d'un groupe de travail composé de représentants des organisations autochtones qui s'occupent des questions et des programmes liés au VIH/sida. En l'absence pour l'instant d'une stratégie nationale pour les Autochtones, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits finance la prestation des programmes sur le VIH/sida dans sept régions et un territoire. Toutes ces régions ont des stratégies régionales qui impliquent la collaboration avec les provinces, la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada, et d'autres ministères. Il y aura renforcement mutuel entre la Stratégie nationale sur le VIH/sida pour les Autochtones et les stratégies régionales.

### *1.2 Le VIH/sida a-t-il été intégré dans le plan national global de développement prévoyant des stratégies d'éradication de la pauvreté?*

Oui. Le processus d'intégration des facteurs ayant une incidence sur la santé, dont la pauvreté, est amorcé et s'articule autour des orientations clés actuellement fixées pour la SCVS. Au nombre de ces orientations figurent des engagements pour le déploiement d'une action intégrée face au VIH/sida et l'instauration d'un cadre de justice sociale destiné à orienter la Stratégie. Le processus prévoit aussi l'intégration stratégique du VIH/sida dans le travail des autres ministères gouvernementaux et des secteurs non gouvernementaux.

### *1.3 Des politiques ou stratégies nationales ont-elles été élaborées pour renforcer les systèmes de santé et d'éducation et l'appareil juridique en vue d'une action efficace contre le VIH/sida?*

Ces stratégies sont en cours d'élaboration. Les buts et les orientations nationales de la SCVS supposent une large participation des divers secteurs. Voici des exemples d'activités entreprises en ce sens :

- L'élaboration d'un plan de travail stratégique, actuellement entreprise par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida, dont l'objet est d'améliorer les politiques et les stratégies de santé.
- Le versement d'un financement au Conseil des ministres de l'éducation du Canada pour la réalisation d'un étude sur la jeunesse, la santé sexuelle et le VIH/sida destinée à déterminer la relation entre les déterminants de la santé, le VIH et la santé sexuelle. Cette étude pourrait être le précurseur d'une stratégie nationale d'intégration du VIH/sida dans les systèmes et les programmes d'éducation.
- Le financement des activités et de l'élaboration des politiques du Réseau juridique canadien sur le VIH/sida.

Il est indispensable d'accroître le financement de projets tels que la création d'un manuel à l'usage des militants et intervenants du domaine du VIH/sida, l'éducation sur les droits de la personne, la réorientation des lois et des règles du Canada en matière de médicaments, ainsi que des politiques carcérales, dans une optique de réduction des méfaits (notamment prévenir la propagation du VIH et améliorer l'accès aux soins, au traitement et au soutien), l'extension de la prise en charge des produits pharmaceutiques indispensables par les régimes publics d'assurance-médicaments, et l'évaluation des répercussions des traités commerciaux internationaux sur la santé et les droits de la personne, en particulier pour ce qui a trait au VIH.

S'agissant des prisons, le Service correctionnel du Canada a conçu un programme national d'éducation et de counseling par les pairs, dont certains volets répondent aux besoins spécifiques des populations vulnérables, notamment les Autochtones et les femmes. Ce programme a pour objet d'éduquer les détenus au sujet des modes de transmission du VIH et sur les facteurs de risque, en faisant appel à des codétenus formés par des spécialistes locaux pour faire passer ces messages de prévention.

En outre, à leur arrivée dans les établissements fédéraux, tous les détenus reçoivent le Programme de sensibilisation à la réception qui les informe des initiatives visant à réduire les méfaits et des programmes, tests et traitements dont ils peuvent se prévaloir. Conscient du fait que les détenus n'ont pas tous les mêmes capacités d'apprentissage, le SCC présente cette information en utilisant plusieurs formes de documents.

Le SCC distribue aussi aux détenus des préservatifs, des digues dentaires, de l'eau de Javel et de la méthadone comme outils de réduction des méfaits pour diminuer la propagation des maladies infectieuses à l'intérieur des prisons et dans la collectivité.

Dans toutes les institutions fédérales, le SCC administre aux détenus qui le désirent, avec leur consentement éclairé, des tests de dépistage du VIH, de l'hépatite C et des maladies transmises

sexuellement. Il offre un counseling avant et après le test et dispense des traitements aux séropositifs pour le VIH qui acceptent de se soigner. Toutes les personnes détenues dans les établissements fédéraux peuvent consulter sur place un spécialiste des soins relatifs aux séropositifs au VIH et bénéficier d'une assistance juridique.

*1.4 **Veuillez signaler les éventuels problèmes ou contraintes rencontrés dans l'élaboration des stratégies nationales sur le VIH/sida et leur intégration dans les plans nationaux et multisectoriels.***

La prévalence croissante du VIH chez les personnes et les populations vulnérables constitue un défi difficile à relever au plan stratégique. En effet, le VIH/sida est seulement un des problèmes sociaux et de santé qui affligent les personnes qui, à cause de leurs antécédents et de leurs conditions de vie, sont les plus exposées à l'infection et à la maladie, par exemple, les sans-abri et les consommateurs de drogues injectables. La responsabilité des actions menées contre les déterminants de santé systémiques et historiques globaux relève de plusieurs champs de compétence et mandats, et est donc fragmentée, mais c'est un domaine où la nécessité d'apporter des améliorations et de prendre des engagements a été reconnue. Une approche nationale coordonnée est à l'étude.

Le processus de la SCVS et celui de la Stratégie nationale qui s'applique aux Autochtones exigent d'intensifier les efforts pour rallier la participation de tous les intervenants. Cette exigence peut être inscrite au nombre des contraintes, car elle demande du temps, des efforts, et de la volonté, d'autant plus que les ressources sont limitées.

Un accroissement de l'aide pour l'élaboration et la mise en oeuvre de programmes supplémentaires permettrait de faire avancer le travail d'élaboration des plans nationaux multisectoriels.

## 2. Prévention

*2.1 **Le pays s'est-il fixé des objectifs nationaux assortis de délais pour atteindre l'objectif convenu à l'échelle internationale, soit une réduction de 25 p. 100 de la prévalence du VIH parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans, d'ici 2005?***

Des objectifs nationaux sont en voie d'être établis. Ils contribueront à orienter les plans stratégiques nationaux. Tous les principaux intervenants s'accordent à dire que le Canada doit adopter une approche stratégique de prévention du VIH.

***2.2 Le pays s'est-il fixé des objectifs nationaux en matière de prévention chez les groupes qui sont particulièrement vulnérables?***

Non. Si des objectifs nationaux n'ont pas encore été établis en matière de prévention, en revanche la SCVS concentre ses efforts sur ceux qui sont le plus à risque. La SCVS a récemment reconnu l'importance de réduire la vulnérabilité. Une approche stratégique en ce sens est en voie d'élaboration.

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, en collaboration avec les peuples autochtones, privilégie les initiatives communautaires. Bien que les communautés diffèrent quant à leurs besoins et aux priorités qu'elles se donnent, beaucoup ont fait de la jeunesse un des groupes cibles de leurs activités de prévention et de promotion.

Dans les prisons, le Service correctionnel du Canada a conçu des messages de prévention s'adressant spécialement à des populations cibles – en particulier les Autochtones, les consommateurs de drogues injectables et les femmes – qui sont diffusés dans le cadre des programmes d'éducation par les pairs.

***2.3 Des programmes de prévention du VIH/sida en milieu de travail ont-ils été mis en place?***

Oui. Le Canada a commencé à administrer des programmes sur le sida en milieu de travail dès 1990. Ce travail a ensuite été étendu aux communautés et aux lieux de travail. Les publications et les lignes directrices sur la question des piqûres accidentelles sont largement disponibles, de même que la prophylaxie post-exposition.

Le Service correctionnel du Canada dispense une éducation continue sur la réduction des méfaits, la transmission des maladies infectieuses et la prévention, y compris les mesures d'hygiène universelles. Le SCC a pris des dispositions pour que soient dispensés, à sa charge, des soins prophylactiques à tout membre de son personnel qui a, sur évaluation d'un médecin, subi une exposition importante.

***2.4 Veuillez signaler les éventuels problèmes ou contraintes rencontrés dans le développement de programmes de prévention et la fixation d'objectifs.***

Au Canada, du fait de la répartition constitutionnelle des compétences, des différences peuvent exister entre les provinces en ce qui concerne l'établissement des objectifs et les programmes de prévention. Nous devons donc créer des mécanismes efficaces et accroître l'efficacité des mécanismes existants (p. ex. le Comité fédéral-provincial-territorial sur le sida), tant pour les politiques que pour le financement dirigé, pour voir à ce que des programmes et des objectifs nationaux soient établis.

Des contraintes juridiques et politiques s'exercent aussi sur la fourniture de matériel d'injection et de locaux sécuritaires et le traitement à la méthadone en prison.

### *2.5 Existe-t-il des programmes pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant?*

Oui. Les femmes enceintes qui y consentent peuvent se prévaloir de programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du VIH; cependant, le nombre des futures mères qui se présentent au dépistage n'est pas suffisamment élevé pour empêcher certains bébés d'être infectés par le VIH à la naissance. Toutes les provinces et tous les territoires offrent des traitements destinés à empêcher la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Pour la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, l'absence d'engagements à long terme à l'égard des ressources et des programmes sont des contraintes qui ajoutent à la difficulté de fixer des objectifs. Le manque de surveillance et de ressources de surveillance est également un facteur pénalisant dans ce domaine.

Selon les régions, il existe aussi des différences entre les stratégies visant à prévenir la transmission de la mère à l'enfant chez les femmes autochtones. Toutes les régions fournissent des programmes de sensibilisation/éducation, la plupart distribuent des préservatifs, et certaines distribuent en outre des préservatifs féminins. Une région administre un projet de surveillance prénatale qui est cautionné par les chefs des Premières nations. Certaines ont des programmes d'aide à la famille qui s'occupent normalement de ces questions. Toutefois, il n'y a ni programme ni stratégie uniforme à l'échelle nationale dans ce domaine en particulier. La Stratégie nationale sur le VIH/sida pour les Autochtones est encore dans sa phase d'élaboration, mais elle offre la possibilité de pallier cette lacune.

Dans les prisons, toutes les détenues reçoivent des soins prénatals et, pour celles qui y consentent en toute liberté, un test de dépistage du VIH. On les encourage toutes à participer au dépistage et/ou à recevoir les traitements nécessaires pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant. Les délinquantes enceintes qui ont une dépendance aux opiacés sont admissibles à un traitement à la méthadone pour diminuer les risques associés à l'utilisation de drogues injectables à l'égard de la grossesse.

Le Comité fédéral-provincial-territorial sur le sida a formulé des *Principes directeurs relatifs au dépistage du VIH durant la grossesse* qui renforcent l'application des principes largement acceptés que sont l'accès volontaire au test, la confidentialité et le consentement dans l'élaboration des politiques en matière de dépistage.

## 3. Soins, soutien et traitement (objectifs à atteindre d'ici 2003 et 2005)

### *3.1 Le pays a-t-il une stratégie/politique nationale visant les facteurs qui influent sur la fourniture des médicaments liés au VIH?*

Oui. La *Loi canadienne sur la santé* énonce la norme nationale qui exige de toutes les provinces et de tous les territoires qu'ils fournissent à leurs habitants tous les services hospitaliers et médicaux qui leur sont indispensables. La fourniture directe de médicaments liés au VIH est du ressort des provinces et des territoires et obéit à leurs politiques et programmes respectifs sur l'accès aux médicaments. La majorité des personnes vivant avec le VIH/sida ont accès aux médicaments nécessaires, mais il peut arriver des cas où cet accès est limité. Les modalités des programmes d'accès aux médicaments et de remboursement entraînent parfois des interruptions dans la fourniture des médicaments. Pour les personnes vivant au Canada sans statut légal, l'accès aux médicaments et aux soins de santé est précaire.

Comme dans les autres domaines de programmes relatifs au VIH/sida, il n'existe pour l'instant pas de stratégie nationale formelle s'appliquant à la fourniture aux Autochtones de médicaments liés au VIH. Dams la Stratégie nationale pour les Autochtones, qui est en cours d'élaboration, ce domaine est un de ceux qui demandent à être traités. Néanmoins, les stratégies régionales existantes prévoient la fourniture des soins et des activités nécessaires aux populations autochtones, ce qui comprend les programmes d'aide à la famille, les groupes de soutien aux adolescents/jeunes, les services de counseling tenant compte des spécificités culturelles, les soins et le soutien aux Inuits, et les ateliers sur le chagrin et le deuil. Malheureusement, la plupart des communautés hésitent pour l'instant à fournir des traitements à cause de leurs capacités restreintes en matière de ressources et de formation. Le traitement est généralement dispensé en vertu des programmes provinciaux d'assurance-maladie et les médicaments d'ordonnance sont délivrés aux « Indiens inscrits » (membres des Premières nations qui jouissent du statut indien prévu par la *Loi sur les Indiens*) et aux Inuits en vertu du Programme des services de santé non assurés.

Toutes les personnes détenues dans le système correctionnel fédéral ont accès à des médicaments contre le VIH/sida lorsqu'elles choisissent d'entreprendre le traitement. Le traitement le plus approprié est déterminé à l'issue de consultations avec le médecin de la prison et d'un spécialiste du VIH/sida.

### *3.2 Le pays a-t-il une politique/stratégie nationale concernant les médicaments, les droits de propriété intellectuelle et les pratiques qui s'y rapportent?*

Oui. Le Canada est signataire de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce et s'est doté d'une loi qui protège les droits des détenteurs des brevets de médicaments, dont les médicaments contre le VIH/sida.

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits a pour politique de fournir aux « Indiens inscrits », aux Inuits reconnus et aux Innus reconnus les médicaments

d'ordonnance qui ne sont pas pris en charge par les régimes d'assurance-maladie provinciaux, territoriaux ou privé. Ce sont notamment les médicaments contre le VIH/sida qui sont sur la Liste des services pharmaceutiques, liste approuvée par le Programme des services de santé non assurés.

### *3.3 Le plan national prévoit-il une mise en oeuvre progressive de stratégies de soins globaux?*

Oui. Comme la plupart des personnes vivant avec le VIH/sida ont de multiples besoins qui mettent à rude épreuve la capacité des prestataires de services de satisfaire à une norme de soins globaux, la SCVS a récemment convenu d'élaborer une approche stratégique d'intégralité des soins. La plupart des provinces et des territoires ont des stratégies qui souscrivent à une approche de soins. Certaines régions réexaminent actuellement leur stratégie et d'autres commencent à se tourner vers une approche fondée sur les déterminants de la santé.

Le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida se penche sur les questions dont la responsabilité est partagée entre plusieurs sphères administratives et qui ont une incidence sur la mise en oeuvre progressive d'une approche de soins globaux.

En matière de traitement du VIH/sida, des lignes directrices et des modules ont été conçus selon une approche multidisciplinaire et multisectorielle à laquelle ont également été invitées à participer des personnes vivant avec le VIH/sida. Des lignes directrices ont été établies pour guider le travail des travailleurs sociaux, du personnel infirmier et des médecins auprès des personnes vivant avec le VIH/sida.

Le Service correctionnel du Canada s'inspire des normes communautaires dans les stratégies de soins globaux, sur les conseils des spécialistes communautaires. Des stratégies visant à inciter les détenus à se prévaloir des tests de dépistage et des traitements ont été élaborées par le bureau national et les bureaux régionaux du SCC.

### *3.4 Le pays a-t-il une politique/stratégie nationale de prestation de soins psychosociaux aux personnes atteintes par le VIH/sida?*

Oui. Une nouvelle approche stratégique des soins, du traitement et du soutien est en préparation. Les objectifs de la SCVS sont les axes directeurs de l'approche nationale de prise en compte des facteurs socioéconomiques et de l'incidence de l'épidémie. Les soins psychosociaux sont du nombre.

Un travail considérable a été accompli en matière de définition des « meilleures pratiques » dans le secteur des soins psychosociaux. Le gouvernement fédéral et quelques provinces et territoires versent une aide financière aux organismes communautaires et aux organisations non gouvernementales nationales qui travaillent à mettre en oeuvre des réponses au VIH/sida qui intègrent ces activités.

Citons pour exemple le Groupe de travail canadien sur le VIH/sida et la réinsertion sociale qui dispense des conseils et du financement à des projets de courte durée ayant trait à la réinsertion sociale, à l'invalidité, au maintien du revenu et aux problèmes concernant le travail.

Tous les détenus des établissements fédéraux ont accès aux services de psychologues et de psychiatres professionnels. Dans le cadre de la planification de la mise en liberté, des dispositions sont prises pour mettre le détenu séropositif en rapport avec les services auxquels il pourra s'adresser dans la communauté à sa sortie de prison.

### *3.5 Veuillez signaler les éventuels problèmes ou contraintes rencontrés dans l'élaboration des politiques et des plans de soins et de soutien.*

La prestation des soins et du soutien est du ressort des provinces et des territoires, sauf en ce qui concerne certaines populations, telles que les membres des Premières nations qui vivent sur les réserves et les Inuits qui vivent dans les communautés inuites, dont les services médicaux et de santé sont du ressort du gouvernement fédéral.

En conséquence, les politiques peuvent varier d'une province ou d'un territoire à l'autre; le gouvernement fédéral peut exercer une influence, mais non imposer sa volonté. Certaines personnes ont quitté leur région pour s'installer dans une autre pour y bénéficier de plus de soins.

La géographie du Canada et la répartition de la population sont parfois à l'origine des disparités dans les services pour ceux qui se trouvent loin des ressources liées au VIH/sida. Le Canada est également en butte, dans certaines régions, à des pénuries de ressources humaines qui retentissent sur la prestation des services liés au VIH/sida.

Pour la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, les contraintes rencontrées dans l'élaboration des politiques et des plans de soins et de soutien sont probablement à mettre, pour l'essentiel, sur le compte de la diversité de la géographie, de la culture et des capacités. Élaborer des politiques et des plans pertinents et appropriés est un travail qui demande des consultations, du temps et des ressources. Le manque de ressources est également une contrainte générale dont les effets se font sentir à tous les stades, du développement des capacités et de la formation aux ressources opérationnelles nécessaires à la conception des programmes.

## 4. Le VIH/sida et les droits de la personne

### *4.1 Le pays a-t-il des lois, des règlements et/ou d'autres dispositions visant à éliminer toutes les formes de discrimination contre les personnes vivant avec le VIH/sida?*

Oui. Les tribunaux canadiens ont confirmé que la séropositivité au VIH/sida et le fait d'en être soupçonné sont un handicap. Une législation sur les droits de la personne s'applique à l'échelon fédéral et dans chaque province et territoire pour protéger, entre autres, les droits des personnes

atteintes d'un handicap et faire obligation aux prestataires de services de répondre à leurs besoins particuliers. En outre, la *Charte canadienne des droits et libertés* a été invoquée avec succès dans plusieurs contextes pour protéger les personnes vivant avec le VIH/sida.

Prenant acte des droits des Premières nations et des Inuits et du fait que ces groupes ont besoin de mettre sur pied des programmes adaptés à leurs cultures, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits a adopté une approche communautaire de l'élaboration de programmes, et la plupart des ressources liées au VIH/sida qu'elle met à leur disposition sont destinées à des projets réalisés dans les communautés. Dans toutes les régions, des stratégies de collaboration et d'élaboration de programmes font appel à des représentants des divers secteurs, dont les personnes vivant avec le VIH/sida.

***4.2 Le pays a-t-il une politique/stratégie nationale de promotion et de protection active des droits des femmes qui sont atteintes par le VIH ou qui sont à risque de le devenir?***

Non. Néanmoins, la législation sur les droits de la personne et les dispositions constitutionnelles évoquées ci-dessus assurent une protection contre la discrimination liée au sexe et contre la discrimination liée aux effets préjudiciables.

La Stratégie nationale sur le VIH/sida pour les Autochtones portera aussi sur les questions qui se posent spécifiquement aux deux sexes.

***4.3 La politique/stratégie évalue-t-elle les facteurs qui placent les femmes et les filles dans une situation où le risque d'infection par le VIH est plus élevé?***

Des projets conçus spécialement pour remédier aux problèmes spécifiques auxquels les femmes sont confrontées relativement au VIH ont été mis en oeuvre partout au Canada. Citons en particulier l'organisation d'une conférence nationale sur les femmes et le VIH, et la conception de ressources et programmes s'adressant spécialement aux femmes.

La Stratégie nationale sur le VIH/sida pour les Autochtones prendra en considération les facteurs qui augmentent le risque d'infection par le VIH pour les femmes et les filles.

Le Service correctionnel du Canada est tenu par la loi d'administrer des programmes s'adressant spécialement aux femmes et aux Autochtones. Le SCC a élaboré un projet de stratégie nationale pour s'attaquer aux problèmes et aux maladies infectieuses, dont le VIH, qui touchent les femmes du fait de leur condition de femme. La stratégie porte sur des questions comme le retard à diagnostiquer les femmes, le rôle des femmes comme dispensatrices de soins, le commerce du sexe, la dépossession de tout pouvoir d'action, la place dans la société, l'estime de soi et la violence.

***4.4 Les programmes et les stratégies du VIH/sida tiennent-ils compte des spécificités de chaque sexe?***

Lorsque le sexe est perçu comme un facteur déterminant de la santé, par exemple chez les gays ou les femmes, ce facteur entre en ligne de compte. En outre, le Canada a des lois et des politiques exhaustives sur l'égalité entre les sexes qui règlent les problèmes qu'affrontent les individus du fait de leur sexe.

Le Service correctionnel du Canada a élaboré, relativement aux femmes et au VIH/sida, un programme de counseling par les pairs qui aborde les problèmes propres aux femmes. Les détenues sont placées dans des établissements distincts de ceux des hommes, et tous les programmes y sont adaptés à leurs besoins en tant que femmes. Ces sept dernières années, les détenues ont été placées dans des établissements moins éloignés de chez elles pour qu'elles puissent avoir plus facilement le soutien de leur famille et entretenir des liens ouverts avec leurs enfants. En outre, le SCC a créé pour les femmes autochtones une « maison de guérison » conçue dans le respect de leur culture et en fonction des besoins propres à leur sexe.

***4.5 Des mesures ont-elles été prises pour élaborer ou renforcer les mécanismes de contrôle et d'évaluation permettant de mesurer les progrès accomplis en ce qui concerne la mise en oeuvre des programmes et la promotion et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida?***

La Stratégie canadienne sur le VIH/sida comporte un volet contrôle et évaluation de toutes les activités, y compris les engagements pris et les activités réalisées relativement aux droits juridiques, aux droits éthiques et aux droits de la personne.

Comme il a été dit ci-dessus, les droits de la personne et les droits constitutionnels dont jouissent tous les Canadiens garantissent les droits des personnes vivant avec le VIH/sida et prévoient des recours en cas de violation de ces droits. En outre, le gouvernement et les partenaires de la société civile se sont engagés en avril 2002 à instaurer un cadre de justice sociale qui guidera les interventions de la SCVS en fonction des principes suivants : une approche fondée sur les droits, qui embrasse tous les déterminants de la santé, une approche « intégrative », et une approche qui examine les questions sous l'angle de l'inclusion sociale.

Le Service correctionnel du Canada a mis en place plusieurs mécanismes, dont la loi qui régit son propre mandat, pour assurer la prise en compte des questions de droits de la personne. Une unité du SCC est chargée d'étudier les questions de droits de la personne et a établi un processus de traitement des doléances dont peuvent se prévaloir les détenus qui estiment que leurs droits sont lésés. La plainte suit un processus en règle jusqu'à sa résolution. Le SCC a institué des comités consultatifs de citoyens qui peuvent entrer dans les institutions fédérales pour vérifier le respect des droits de la personne. Les détenus peuvent s'adresser à un comité consultatif en tout temps durant leur incarcération. En outre, le SCC rencontre régulièrement les organisations communautaires de services liés au sida pour parler des questions qui se posent quant au traitement des délinquants qui vivent avec le VIH/sida. Le SCC organise régulièrement pour son personnel des ateliers sur les droits de la personne.

*4.6* ***Veuillez signaler les éventuels problèmes ou contraintes rencontrés dans l'élaboration des politiques sur les droits de la personne.***

Les personnes les plus vulnérables au VIH/sida sont aussi, souvent, celles qui sont les plus marginalisées sur les plans social et économique, et ces groupes sont généralement dénués de cohésion sociale, d'organisation et d'une voie publique crédible pour affirmer leurs droits.

## 5. Réduire la vulnérabilité (objectifs à atteindre d'ici 2003)

*5.1* ***Le pays a-t-il des stratégies et des programmes qui s'attaquent aux facteurs qui rendent l'individu plus particulièrement vulnérable à l'infection par le VIH, notamment les comportements sexuels à risque, la consommation de drogues par injection et le déracinement?***

La SCVS met la priorité sur ceux et celles qui sont le plus à risque. Tous les programmes doivent souscrire à cette priorité. Elle suppose de prendre en considération tous les déterminants de l'épidémie du sida. Grâce au Plan d'action communautaire sur le sida (un programme de financement destiné à soutenir le secteur des ONG) de la SCVS, et avec le soutien et la collaboration des provinces, des territoires et des organismes de services liés au sida, la SCVS a appuyé l'élaboration d'une réponse communautaire face au VIH/sida et a veillé à ce que les populations vulnérables en soient partie prenante.

Les stratégies visant les causes et les effets de la toxicomanie font partie des efforts entrepris pour promouvoir la santé et prévenir la maladie. En septembre 2001, les ministres fédéral et provinciaux de la Santé ont publié le rapport *Réduire les méfaits associés à l'usage de drogues par injection au Canada*, qui contient des recommandations sur la manière dont la prévention, la vulgarisation, le traitement et la réinsertion sociale, la recherche et l'exercice d'un leadership national peuvent atténuer les problèmes que l'usage de drogues injectables provoque chez les individus, leurs familles et la collectivité.

Face aux comportements à risque associés à l'injection de drogues et à la sexualité, nous essayons de comprendre où ils sont pratiqués géographiquement, avec quelle fréquence et dans quels groupes de population. Cette information sera utilisée pour concevoir, orienter et évaluer des programmes de prévention efficaces. Pour obtenir cette information, un programme régulier de collecte de données uniformisées a été établi; il s'agit du volet surveillance des comportements faisant partie de la surveillance de « deuxième génération ».

**Les utilisateurs de drogues par injection, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les ITS, les jeunes**

Le Centre pour la prévention et le contrôle des maladies infectieuses se consacre à une large gamme d'activités de prévention et de surveillance des comportements et autres activités de surveillance de deuxième génération. Voici quelques exemples de travaux qui se déroulent actuellement :

*Surveillance des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables*
Des plans sont en cours d'élaboration pour établir, un peu partout au Canada, plusieurs stations-sentinelles où l'on pourra recueillir annuellement des données normalisées sur l'usage de drogues injectables et sur les comportements sexuels des utilisateurs de drogues injectables (UDI), dans le but de surveiller les comportements et d'aider à l'évaluation des programmes de prévention.

*Surveillance des comportements à risque chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes*
Un programme semblable est en voie d'élaboration concernant cette population. Des objectifs et des mécanismes seront fixés pour la collecte des données de référence et des données continues sur les comportements sexuels clés, comme outils de surveillance de deuxième génération.

Dès le début de la crise du VIH/sida, les chercheurs avaient noté un lien épidémiologique entre le VIH/sida et d'autres maladies transmises sexuellement. Comme le lien entre ces maladies et le VIH est de plus en plus admis, la priorité placée sur la prévention des MTS peut être considérée comme une approche de deuxième génération en matière de prévention du VIH. Le dépistage précoce et le traitement des ITS constituent une importante stratégie de prévention du VIH.

*Amélioration de la surveillance des jeunes Canadiens de la rue*
Grâce à la surveillance des comportements sexuels à risque, du VIH et d'autres MTS chez les jeunes de la rue, des interventions ciblées et des programmes de réduction des méfaits sont actuellement en voie d'élaboration.

*Les ITS chez les populations autochtones*
Un plan d'action supposant la participation des provinces et des territoires a été élaboré pour faire face aux taux élevés d'ITS dans cette population défavorisée.

**Les peuples autochtones**

Étant donné leur situation à l'égard de plusieurs déterminants de la santé, les Autochtones ont été désignés en tant que population présentant une plus grande vulnérabilité au VIH. En outre, certaines études récentes ont montré que les Autochtones représentaient un pourcentage élevé des consommateurs de drogues injectables dans les zones urbaines. De nombreux Autochtones font la navette entre leur communauté d'origine et la ville, ou s'en vont d'une ville à une autre.

Les comportements à risque tels que les pratiques sexuelles non protégées accroissent leur vulnérabilité.

Ainsi qu'il a été dit ici à plusieurs reprises, la responsabilité de tous les programmes de santé s'adressant à tous les Autochtones ne relève pas d'une autorité unique. Ainsi, les provinces fournissent des services de santé aux Métis et aux membres des Premières nations n'ayant pas le statut indien qui vivent à l'extérieur des réserves et aux Inuits qui vivent à l'extérieur de leurs communautés. Santé Canada fournit des services de promotion de la santé à tous les Canadiens, y compris à ces groupes. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits a pour mandat de fournir des services de santé et de promotion de la santé aux membres des Premières nations vivant sur les réserves et aux Inuits vivant dans leurs communautés.

Ce partage des compétences peut rendre plus difficile la tâche de rejoindre les personnes vulnérables qui vivent au sein de ces populations. Cependant, la plupart des stratégies régionales sur le VIH/sida à l'intention des Autochtones trouvent des moyens de composer avec ce problème en faisant participer les administrations compétentes à l'élaboration de leur stratégie. La Stratégie nationale pour les Autochtones énoncera aussi les rôles et responsabilités de chaque administration dans le but de réduire les écarts et le double emploi.

**Les détenus dans les établissements correctionnels fédéraux**

Le Service correctionnel du Canada fournit aux délinquants des services d'éducation sur le VIH/sida et applique une approche de réduction des méfaits face aux comportements à risque élevé (fourniture de condoms, de digues dentaires, de lubrifiants, et d'eau de Javel pour nettoyer l'attirail utilisé pour l'injection de drogues). Le SCC administre le traitement à la méthadone aux délinquants qui ont une dépendance aux opiacés et pour qui ce traitement peut être bénéfique, ce qui a pour effet de diminuer les comportements de partage de matériel et d'injection de drogues et de réduire les risques de transmission des agents pathogènes par le sang. Le SCC participe à la planification de la mise en liberté des détenus qui suivent un régime médical complexe, comme le traitement à la méthadone ou un traitement antirétroviral, pour s'assurer qu'il n'y aura pas d'interruption dans le programme de traitement. L'aiguillage des détenus libérés vers les services de soutien communautaires est organisé avant leur sortie.

***5.2 Les stratégies, politiques et programmes existants reconnaissent-ils l'importance :***
***(a) de la famille, dans son rôle pour réduire la vulnérabilité?***
***(b) des services d'information, d'éducation sexuelle et de counseling spécialement adaptés pour les jeunes?***
***(c) des facteurs culturels, religieux et moraux?***

Oui. La SCVS, du fait de ses orientations stratégiques et de ses objectifs, et grâce aux orientations nationales qui ont été récemment tracées, s'attaque au problème de la vulnérabilité et s'emploie actuellement à traduire cette préoccupation dans une action stratégique nationale. Le Canada s'est depuis longtemps penché sur les définitions de la vulnérabilité modulées en fonction des communautés. Il en est résulté des programmes conçus spécifiquement par et pour

les membres des diverses communautés ethniques, les jeunes et les personnes qui ont une famille, quelle que soit la façon dont ils sont définis.

### *5.2.a La famille, dans son rôle pour réduire la vulnérabilité*

Santé Canada a uni ses efforts à ceux de ses partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux pour élaborer des ressources s'adressant à la famille, par exemple des ateliers où les parents apprennent à aborder avec leur enfant le sujet de la sexualité saine, dont la prévention des ITS, la contraception et les relations saines.

Les programmes élaborés par le Service correctionnel du Canada tiennent compte du rôle de la famille, pour la raison que la plupart des délinquants, à leur sortie de prison, retourneront vers leur structure de soutien, qu'il s'agisse de leur famille comme telle ou de la famille qu'ils se sont trouvé. Les délinquants sont encouragés à maintenir les liens avec la famille, en particulier durant leur incarcération.

### *5.2.b Les services d'information, d'éducation sexuelle et de counseling spécialement adaptés pour la jeunesse*

Santé Canada est un des partenaires chargés de produire les documents d'éducation sexuelle qui sont accessibles sur l'Internet. Le *Portail de l'éducation sexuelle* permet aux éducateurs d'accéder rapidement et facilement à des ressources fiables par l'intermédiaire d'un catalogue comportant des liens vers plus de 400 ressources pédagogiques et de plans de leçons en santé sexuelle. L'information est organisée par sujet et par niveau de scolarité et type de ressource. Les « *WebQuests* » sont des devoirs guidés sur la recherche d'information qui inculquent aux élèves des concepts d'apprentissage tout en offrant des liens vers des sites Internet à contenu fiable, factuel et sérieux.

Santé Canada a publié en 1994 les *Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle* dont l'objet est de baliser les interventions des personnes, des professionnels et des organismes qui travaillent dans ce domaine; il offre aussi des conseils pour l'élaboration de politiques et de programmes. Une mise à jour de ces lignes directrices a été amorcée en 2002.

Santé Canada a récemment consulté des représentants d'ONG et d'autres spécialistes sur les orientations futures dans le domaine de l'éducation à la santé sexuelle. Un des premiers résultats de cette consultation a été un document de recherche qui démontre la nécessité d'une éducation sexuelle dans les écoles.

### *5.2.c Les facteurs culturels, religieux et moraux*

Les *Lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle* énoncent une série de principes communs qui assurent la prise en considération et le respect de la diversité dans la société.

Le *Portail de l'éducation sexuelle* mentionné ci-dessus donne aux éducateurs des conseils sur la façon de dispenser un enseignement en santé sexuelle qui tient compte des différences dans les contextes culturels et religieux et qui les respectent.

Des recherches sont en cours au Canada sur la problématique du VIH en ce qui a trait aux groupes de Canadiens originaires de pays où la maladie est endémique.

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits est en faveur d'une approche communautaire des programmes et services de santé qui permet d'offrir des initiatives intégrant les spécificités des cultures de ces populations. Dans les communautés des Premières nations et des Inuits, la famille et la jeunesse revêtent une grande importance. Par conséquent, les programmes communautaires reconnaissent l'importance de la famille et de la jeunesse quand ils traitent de questions de santé comme le VIH/sida. Les initiatives communautaires visant le VIH/sida incluent les groupes d'aide à la famille, des groupes de jeunes, l'implication des jeunes et des aînés dans la diffusion de messages sur les modes de vie sains, l'élaboration d'outils pédagogiques adaptés pour les jeunes et pour leur culture, ainsi que l'éducation par les pairs.

Dans le secteur correctionnel, les délinquants sont encouragés à entretenir des liens avec une communauté religieuse durant leur incarcération. Le Service correctionnel du Canada fait appel à des aînés autochtones pour fournir un encadrement religieux/culturel aux délinquants autochtones. En outre, des représentants des organisations religieuses ont le droit de se rendre dans les prisons par le biais de plusieurs programmes. Le SCC comprend une division de l'aumônerie et emploie des aumôniers qui desservent toutes les institutions.

### *5.3 Veuillez noter les éventuels problèmes ou contraintes rencontrés dans l'élaboration des stratégies et des programmes visant à réduire la vulnérabilité.*

Le défi actuel est de concevoir une approche nationale des questions de vulnérabilité. La SCVS s'emploie actuellement à définir cette perspective nationale, même si de nombreuses facettes de la vulnérabilité, dont l'homophobie, les stratégies pour les peuples autochtones et les programmes pour les consommateurs de drogues injectables ont déjà été réglées.

Les contraintes qui pèsent sur l'élaboration des stratégies et des programmes destinés à réduire la vulnérabilité chez les Autochtones sont le manque de formation et de capacité, les ressources limitées et l'absence de recherche pertinente sur ces populations, notamment de recherche pour déterminer les segments vulnérables qui se trouvent au sein de ces populations décrites comme vulnérables, car ce n'est pas forcément vrai de tous les Autochtones.

## 6. Les enfants rendus orphelins et vulnérables par le VIH/sida (objectifs à atteindre d'ici 2003)

***6.1 Le pays a-t-il une politique nationale et une stratégie visant à assurer aux orphelins et aux enfants atteints et touchés par le VIH/sida des conditions de vie qui leur permettent de s'épanouir normalement, notamment l'école, le logement, la nutrition et des services sociaux et de santé?***

Oui. Tous les enfants ont droit à l'école, au logement, à la nourriture, aux services sociaux et de santé. La discrimination contre les enfants vivant avec le VIH/sida semble avoir diminué, et l'accès à tous les programmes et services semble être assuré.

Le ministère fédéral des Affaires indiennes et du Nord canadien est chargé de la prestation des services sociaux aux populations autochtones et il est notamment chargé de fournir aux enfants orphelins un milieu de vie où ils se sentent soutenus, quelle que soit la raison pour laquelle ils ont perdu leurs parents.

***6.2 Veuillez signaler les éventuels problèmes ou contraintes rencontrés dans l'élaboration d'une politique nationale pour les orphelins.***

Le nombre des orphelins imputables au sida ne semble pas élevé au Canada.

## 7. Atténuer l'incidence sociale et économique (objectifs d'ici 2003)

***7.1 L'incidence sociale et économique de l'épidémie de VIH/sida dans le pays a-t-elle été évaluée et des stratégies multisectorielles ont-elles été conçues pour atténuer l'incidence au niveau individuel, familial, communautaire et national?***

Oui. La dernière évaluation du fardeau économique résultant du VIH/sida a été achevée en 1997. Une nouvelle évaluation sera entreprise à partir de 2002. Ces travaux permettront d'améliorer les stratégies et les mécanismes existants.

Par contre, l'incidence économique et sociale de l'épidémie du VIH/sida sur les Premières nations et les Inuits en particulier n'a pas été évaluée. Les contraintes en la matière sont le manque de ressources, tant humaines que financières.

***7.2 Un cadre juridique et politique national pour la protection, au lieu de travail, des droits des personnes vivant avec le VIH/sida est-il en place?***

Oui. Les droits de la personne et les droits constitutionnels évoqués plus haut (question 4.1) s'appliquent aux droits des personnes vivant avec le VIH/sida en rapport avec le travail.

*7.3* ***Veuillez noter les éventuels problèmes ou contraintes rencontrés dans la conduite d'une analyse économique et sociale et l'élaboration d'un cadre politique portant sur le sida dans le monde du travail.***

Il n'a pas été jugé nécessaire d'adopter une politique nationale pour ce qui concerne le sida en milieu de travail. Il existe déjà une loi qui protège contre la discrimination au travail, y compris la discrimination ayant trait au VIH/sida.

## 8. Recherche et développement

*8.1* ***Y a-t-il eu augmentation de l'investissement national dans la recherche et le développement ayant trait au VIH/sida?***

Oui. Depuis le lancement de la SCVS en mai 1998, le pays a accru l'investissement national dans la recherche ayant trait au VIH/sida. Stimuler les progrès scientifiques est une priorité pour la SCVS, laquelle affecte annuellement 13,15 millions de dollars à la recherche menée par Santé Canada et à la recherche qui se déroule extra-muros dans les universités, les hôpitaux et autres institutions de recherche. Ces fonds, ainsi que les autres investissements qu'ils permettent d'obtenir auprès d'autres parties intéressées, sont partie intégrante de la réponse du Canada face au VIH/sida. Bien que les montants affectés à la recherche par la SCVS n'aient pas augmenté depuis 1998-1999, il y a eu une augmentation des investissements en recherche grâce à la contribution accrue de sources de financement nationales, tels les Instituts canadiens de recherche en santé, et à la création de nouveaux programmes de financement de la recherche nationale, dont la Fondation canadienne pour l'innovation, Génome Canada et les Chaires de recherche du Canada. Le tableau ci-après indique les budgets affectés à la recherche sur le VIH/sida au Canada depuis l'établissement de la SCVS, ainsi que les fonds provenant des programmes de financement nationaux dont l'administration est indépendante de la SCVS.

**Investissement fédéral dans la recherche sur le VIH/sida**
Montants des engagements au 30 avril 2002 (en milliers de dollars)

| | 1998-1999 | 1999-2000 | 2000-2001 | 2001-2002 | 2002-2003[1] | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Volet Services biomédicaux / cliniques[3] | 5 300 | 4 600 | 4 600 | 4 600 | 4 600 | 23 700 |
| Volet Services de santé / Santé de la population[3] | 2 425 | 2 425 | 2 425 | 2 425 | 2 425 | 12 125 |
| Réseau d'essais canadiens sur le VIH[3] | 3 200 | 3 200 | 3 200 | 3 200 | 3 200 | 16 000 |
| Recherche communautaire | 1 000 | 1 000 | 1 000 | 1 000 | 1 000 | 5 000 |
| Programme de recherche sur les Autochtones | 800 | 800 | 800 | 800 | 800 | 4 000 |
| Santé Canada | 1 125 | 1 125 | 1 125 | 1 125 | 1 125 | 5 625 |
| **SCVS - Total** | **13 850** | **13 150** | **13 150** | **13 150** | **13 150** | **66 450** |
| Instituts de recherche en santé du Canada[2] | 896 | 2 798 | 3 740 | 4 800 | 5 000 | 17 234 |
| Programme des chaires de recherche du Canada | s.o. | s.o. | 400 | 1 175 | 1 400 | 2 975 |
| Réseau canadien pour l'élaboration de vaccins et d'immunothérapies[4] | s.o. | s.o. | 1 432 | 1 378 | 1 369 | 4 179 |
| Fondation canadienne pour l'innovation[5] | 896 | 3 655 | 373 | 1 927 | 0 | 6 851 |
| **Total** | **15 642** | **19 603** | **18 895** | **22 430** | **20 919** | **97 489** |

s.o. = Sans objet.

1. Les montants indiqués pour 2002-2003 sont estimatifs et peuvent être sujets à changement selon les montants qui auront été effectivement décaissés à la fin de l'exercice.
2. L'engagement financier du Conseil de recherche médicale du Canada (qui a été légué aux IRSC) est d'au moins 10 millions de dollars durant la période de 5 ans qui a commencé en 1998-1999. L'engagement des IRSC est d'au moins 3,5 millions de dollars par an pour la période de cinq ans débutant en 2001-2002.
3. Fonds de la SCVS administrés par les Instituts de recherche en santé du Canada.
4. Chiffres approximatifs des montants affectés par le réseau CANVAC à la recherche sur le vaccin (données fournies par CANVAC).
5. Les montants figurant dans ce tableau correspondent à la contribution de la FCI aux coûts admissibles totaux des projets. En moyenne, cette contribution s'élève à 40 p. 100. Les institutions trouvent les 60 p. 100 restants auprès des partenaires de financement des secteurs public, privé et bénévole. Les montants indiqués pour chaque exercice sont les montants approuvés au cours de l'exercice. Ils ne correspondent *pas* aux fonds effectivement décaissés durant cette période.

*8.2 Des efforts ont-ils été faits pour encourager le développement de :*

*(a) l'infrastructure nationale de recherche?*
*(b) les capacités de laboratoire?*
*(c) l'amélioration des systèmes de surveillance?*
*(d) la collecte, le traitement et la diffusion des données?*
*(e) la formation de chercheurs en recherche fondamentale et clinique, de spécialistes des sciences sociales, de prestataires de soins de santé et d'agents sanitaires?*
*(f) des ressources humaines?*

### *8.2.a Infrastructure nationale de recherche*

Oui. Veuillez voir (b) ci-dessous.

### *8.2.b Capacités de laboratoire*

Oui. Les Laboratoires nationaux de rétrovirologie (VIH) de Santé Canada fournissent des ressources et des services de référence nationaux et internationaux dans le domaine des sciences de laboratoire clinique pour la lutte contre le VIH, dans le but d'améliorer la santé des personnes vivant avec le VIH/sida. Ce travail prend la forme de programmes nationaux et internationaux d'assurance de la qualité pour l'immunologie du VIH, la sérologie et les analyses de charge virale, ainsi que de programmes de mise au point, d'évaluation et de transfert des technologies de diagnostic et de contrôle clinique du VIH aux partenaires nationaux et internationaux.

Les Laboratoires nationaux de rétrovirologie (VIH), en collaboration avec le Programme canadien de surveillance des souches et de la résistance aux médicaments ayant trait au VIH, se consacrent à l'analyse moléculaire des souches variantes du VIH et des souches du VIH résistantes aux médicaments, ainsi qu'à la conception du logiciel bio-informatique nécessaire pour l'analyse épidémiologique moléculaire de l'épidémie du VIH.

Les Laboratoires nationaux de rétrovirologie (VIH) fournissent aussi des analyses de dépistage de référence, des services d'expert et des conseils aux laboratoires provinciaux de santé publique, aux laboratoires de contrôle des produits sanguins, ainsi qu'aux partenaires internationaux, pour le diagnostic juste et rapide des infections par le VIH.

Les Laboratoires nationaux de rétrovirologie (VIH) fournissent des services de laboratoire en appui aux programmes de surveillance du VIH et des MTS pour l'estimation des taux nationaux d'incidence et de prévalence.

Les partenaires nationaux sont la Direction générale de santé de la population et de la santé publique de Santé Canada, les laboratoires provinciaux de santé publique, le Réseau canadien pour les essais cliniques VIH, les laboratoires des hôpitaux et des universités. À l'échelon international, les partenaires sont l'Organisation mondiale de la santé, l'Organisation panaméricaine de la santé (Paho), les National Institutes of Health des États-Unis, les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, l'UNSIDA, et divers ministères nationaux de la

Santé de pays en développement. Les programmes des Laboratoires nationaux de rétrovirologie (VIH) sont financés en partie par la SCVS et le Programme sur la sécurité du sang de Santé Canada.

En outre, l'infrastructure de recherche et les capacités de laboratoire ont été renforcées grâce à la Fondation canadienne pour l'innovation, aux Réseaux de centres d'excellence, au Réseau canadien pour les essais VIH, et aux projets des Instituts de recherche en santé du Canada.

Les **Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC),** créés en juin 2002, est un organisme qui est chargé de définir, pour la recherche en santé, un programme d'action intégré qui traduit les besoins émergents des Canadiens. Ils sont le principal organisme canadien de financement de la recherche en santé. Ils administrent pour le compte de la SCVS un budget de 10,2 millions de dollars qui permet d'attribuer des subventions à des projets de recherche méritoires et des bourses à des chercheurs, et ce dans l'ensemble des travaux sur le VIH/sida, dont les recherches sur les sciences biomédicales et cliniques, le système et les services de santé, les facteurs sociaux, culturels et autres qui ont une incidence sur la santé des populations. Les IRSC continueront d'accorder au moins 3,5 millions de dollars supplémentaires par an à la recherche sur le VIH/sida jusqu'en 2006-2007. En 2001-2002, ils ont engagé 4,8 millions de dollars supplémentaires.

Les IRSC administrent plusieurs programmes qui concourent au développement de l'infrastructure et des capacités de laboratoire, tels que les subventions de fonctionnement qui appuient des projets de recherche entrepris par un chercheur ou un petit groupe de chercheurs; les subventions d'équipement/entretien d'équipement, qui financent l'achat d'articles particuliers ou l'entretien d'instruments indispensables à des recherches en cours; les subventions collectives, qui appuient des équipes de trois chercheurs ou plus qui entreprennent un travail de recherche coopératif multidisciplinaire dans des institutions de recherche ou des communautés canadiennes. En 2001-2002, les IRSC ont subventionné 25 nouveaux projets de recherche sur le VIH/sida et ont appuyé au total 91 projets. Cette aide se décomposait ainsi : 77 subventions de fonctionnement, 3 subventions d'essais cliniques, 5 subventions de partenariats privés, 1 subvention pour un projet de partenariat régional, 1 subvention d'équipement/entretien d'équipement, 3 subventions collectives et 1 subvention pour un essai clinique tri-national.

Les IRSC administrent le financement du **Réseau canadien pour les essais VIH (RCE)** dont le rôle est d'exécuter des essais cliniques rigoureux du point de vue tant scientifique que déontologique. Le RCE est un partenariat de chercheurs et d'instituts de recherche qui se consacrent à la mise au point de traitements, de vaccins et d'un remède au VIH et au sida.

La **Fondation canadienne pour l'innovation** (FCI) est une société indépendante qui a été créée par le gouvernement du Canada en 1997. Elle a pour mission de renforcer les capacités des universités, des collèges et des hôpitaux de recherche canadiens, et d'autres établissements sans but lucratif, afin qu'ils puissent procéder à des travaux de classe mondiale dans les domaines de la recherche et du développement de la technologie. En investissant dans des projets d'infrastructure de recherche, la FCI favorise l'excellence en recherche et contribue à renforcer

la formation en recherche dans les institutions du Canada. La FCI a investi plus de 6 millions de dollars dans l'infrastructure de recherche sur le VIH/sida.

**Les Réseaux de centres d'excellence** sont des partenariats particuliers entre les universités, le secteur privé, les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux qui visent à faire fructifier le talent des entrepreneurs et des chercheurs du Canada pour créer des avantages économiques et sociaux profitant à tous les Canadiens. Partie intégrante de la Stratégie d'innovation du gouvernement fédéral, ces partenariats de recherche pancanadiens, multisectoriels et multidisciplinaires réalisent l'union entre l'élite des chercheurs, le savoir-faire industriel et l'investissement stratégique.

Le **Réseau canadien pour l'élaboration de vaccins et d'immunothérapies** (CANVAC) est un des 22 réseaux de centres d'excellence qui sont financés. CANVAC est un réseau de scientifiques canadiens de haut rang qui se spécialisent dans les domaines de l'immunologie, de la virologie et de la biologie moléculaire. Les chercheurs de CANVAC, en collaboration avec leurs partenaires des secteurs privé, gouvernemental et institutionnel, élaborent des vaccins pour prévenir et traiter des maladies chroniques comme le cancer, le VIH/sida et l'hépatite C. Ils espèrent découvrir le mécanisme qui amènera le système immunitaire à déclencher une parade efficace à ces maladies mortelles.

**Génome Canada** est la principale ressource en financement et en information ayant trait à la science du génome au Canada. C'est une société sans but lucratif qui s'emploie à élaborer et à mettre en oeuvre une stratégie nationale pour la recherche sur le génome qui profitera à tous les Canadiens. Génome Canada a reçu du gouvernement fédéral 300 millions de dollars pour établir cinq centres de recherche dans le pays. À ce jour, la société a approuvé deux projets de recherche de grande envergure ayant trait au VIH/sida d'un montant total d'approximativement 10,3 millions de dollars.

### *8.2.c Systèmes de surveillance améliorés*

Oui. La Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, du Centre de contrôle et de prévention des maladies infectieuses, comporte une Unité de la surveillance du VIH/sida qui est chargée de publier des rapports semestriels et d'effectuer des analyses particulières sur les aspects changeants de l'épidémie du VIH. En outre, en collaboration avec la Division de la surveillance des rétrovirus du Centre, l'Unité de la surveillance du VIH/sida travaille à améliorer la qualité et l'exhaustivité des données de surveillance. Par exemple :

*Réunions sur la surveillance nationale du VIH/sida*
En mars 2001, une réunion de surveillance nationale s'est tenue pour examiner les questions de qualité et de transfert des données du système de surveillance nationale du VIH/sida. Des représentants provinciaux et territoriaux et des groupes communautaires y ont participé, en plus du personnel du Centre de contrôle et de prévention des maladies infectieuses. Au cours de la réunion, ils ont cerné un certain nombre de questions et mis sur pied des groupes de travail pour trouver des solutions et améliorer le système.

*Collaboration avec des spécialistes de la surveillance dans d'autres pays développés*
La Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida participe régulièrement à des réunions et à des ateliers sur la surveillance avec des agents d'autres pays développés, dont les États-Unis (CDC), le Royaume-Uni (Public Health Laboratory Service), l'Australie et un certain nombre de pays européens. Ces rencontres sont de bonnes occasions pour partager des constats et explorer des idées concernant l'amélioration des systèmes.

*Le Programme canadien de surveillance des souches et de la résistance aux médicaments ayant trait au VIH*
Ce programme relativement nouveau reçoit et analyse les échantillons de sang prélevés chez tous les Canadiens chez qui on vient de diagnostiquer le VIH. Il détermine le type de souche du VIH et les caractéristiques génétiques de la résistance primaire aux médicaments antirétroviraux.

### *8.2.d Collecte, traitement et diffusion des données*

La Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida fournit un appui technique et financier à des études ciblées sur l'épidémiologie du VIH dans les domaines où il y a des lacunes, en matière de données, qui ne sont pas comblées par les systèmes de surveillance existants ni par les projets de recherche universitaire bénéficiant d'un financement externe. Elle fait la synthèse et l'analyse des données sur le VIH au Canada qui émanent de diverses sources, en rend compte dans des rapports et des revues scientifiques, et les présente dans le cadre de conférences nationales et internationales. Par exemple :

*Actualités en épidémiologie sur le VIH/SIDA*
Cette publication annuelle se compose d'une série de 15 courts comptes rendus portant chacun sur un aspect de l'épidémie du VIH au Canada.

*Inventory of HIV incidence and prevalence studies in Canada* (Répertoire des études sur l'incidence et la prévalence du VIH au Canada)
Cette publication énumère toutes les études qui fournissent des données relatives à l'incidence ou à la prévalence du VIH au Canada. Elle donne également une courte description de la taille de l'échantillon, des méthodes d'études et de l'interprétation des données.

*Guide to HIV/AIDS epidemiology and surveillance terms (*Guide des termes utilisés dans les domaines de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida*)*
Cette publication, produite en collaboration avec la Société canadienne du sida, a pour objet d'aider les membres des communautés à mieux comprendre les termes utilisés dans les domaines de l'épidémiologie et de la surveillance. Cet outil permettra aux communautés de mieux utiliser les données d'épidémiologie et de surveillance pour concevoir des programmes et définir des politiques et pour conseiller la Division sur la façon de présenter les données de surveillance d'une façon qui convient mieux à leurs besoins.

### *8.2.e Formation de chercheurs en recherche fondamentale et clinique, de spécialistes des sciences sociales, de prestataires de soins de santé et d'agents sanitaires?*

Des possibilités de formation ont été créées dans le cadre du **Programme de bourses pour le personnel de recherche des IRSC**, du Programme de renforcement des capacités en recherche communautaire et du Programme de renforcement des capacités en recherche communautaire chez les personnes autochtones.

Les IRSC administrent des fonds destinés à l'attribution de subventions pour les projets de recherche méritoires et de bourses aux chercheurs, et ce pour l'ensemble de la recherche sur le VIH/sida, notamment la recherche biomédicale et clinique, la recherche sur les systèmes et les services de santé, et la recherche sur les facteurs sociaux, culturels et autres qui ont une incidence sur la santé des populations. Dans le but de maintenir son rôle de chef de file, d'attirer de nouveaux chercheurs brillants dans ce domaine et de faire avancer la science relative au VIH/sida, les IRSC investissent continuellement dans les capacités de recherche, par exemple, en attribuant des bourses de formation et des bourses d'appui salarial. Ainsi, en 2001-2002, les IRSC ont décerné une bourse de formation à 37 chercheurs du domaine du VIH/sida.

En outre, au Canada, on estime à 210 le nombre d'étudiants de cycle supérieur et à 70 le nombre de titulaires de bourses post-doctorales qui suivent actuellement une formation en recherche sur le VIH/sida grâce à l'appui financier des bourses de recherche des IRSC.

Des efforts particuliers ont également été entrepris pour édifier au Canada une capacité de recherche communautaire sur le VIH/sida. Le **Programme de renforcement des capacités en recherche communautaire** et le **Programme de renforcement des capacités en recherche communautaire chez les personnes autochtones** sont des projets de quatre ans, financés par la SCVS, qui offrent des bourses d'étude et d'autres possibilités de perfectionnement des compétences. Peuvent prétendre à ces bourses les étudiants inscrits à des programmes de maîtrise et de doctorat lorsqu'ils effectuent des recherches communautaires sur le VIH/sida qui comptent au nombre des exigences d'obtention de leur diplôme. En juillet 2001, six bourses avaient été décernées – quatre au titre du Renforcement des capacités en recherche communautaire et deux au titre du Renforcement des capacités en recherche communautaire chez les personnes autochtones.

### *8.2.f Ressources humaines*

Santé Canada a entamé une étude destinée à faire le point sur les ressources humaines dans le secteur. D'autres études seront entreprises pour recenser les éventuels problèmes et lacunes dès que les résultats de l'étude seront clairs. La prise en compte des questions de ressources humaines est une des orientations stratégiques de la SCVS.

Les chercheurs qui se consacrent aux recherches sur le VIH/sida sont financés par le Programme des bourses d'appui salarial des IRSC et le programme des Chaires de recherche du Canada; les techniciens et les assistants de recherche sont financés par des subventions de recherche.

Les bourses d'appui salarial sont accordées à des chercheurs indépendants qui ont réalisé des travaux d'intérêt exceptionnel et qui ont fait preuve de leadership dans leur domaine. En 2001-2002, 16 chercheurs ont reçu une bourse d'appui salarial qui leur a permis de consacrer plus de leur temps aux projets de recherche sur le VIH/sida.

Le gouvernement du Canada a créé le Programme des **chaires de recherche du Canada** en 2000. Le principal objectif du Programme des chaires de recherche du Canada est de permettre aux universités canadiennes, de même qu'aux instituts de recherche et aux centres hospitaliers qui leur sont affiliés, d'atteindre l'excellence dans le domaine de la recherche et de devenir des centres de recherche de classe mondiale dans l'économie du savoir à l'échelle internationale.

Les objectifs secondaires du Programme des chaires de recherche du Canada sont les suivants :

- renforcer l'excellence en recherche au Canada et améliorer la capacité du Canada dans ce domaine en attirant et en retenant d'excellents chercheurs dans les universités canadiennes;
- parfaire par la recherche la formation de personnel hautement qualifié;
- améliorer la capacité des universités de produire et d'appliquer de nouvelles connaissances;
- assurer l'utilisation optimale des ressources de recherche grâce à la planification stratégique institutionnelle et à la collaboration entre établissements et entre secteurs.

À l'heure actuelle, huit chercheurs travaillant à des projets sur le VIH/sida sont financés par le Programme des chaires de recherche du Canada.

***8.3 Quelles mesures ont-elles été prises pour faire en sorte que les protocoles de recherche sur les traitements relatifs au VIH soient conformes aux règles de la déontologie et portent sur des thérapies et des vaccins qui sont évalués par des comités de déontologie indépendants?***

En signant la formule de demande de bourse aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), les chercheurs ainsi que les administrateurs prennent formellement l'engagement que les recherches menées avec l'aide financière des IRSC respecteront toutes les modalités qui sont exigées par ces derniers en matière de conduite déontologique des travaux et stipulées dans leurs énoncés de politique.

En général, les énoncés de politique mentionnés ci-après assignent la principale responsabilité des recherches aux chercheurs et exigent des institutions dans lesquelles les recherches se déroulent qu'elles mettent en place les comités de contrôle et d'examen exigés dans les lignes directrices. Les IRSC se réservent le droit de refuser de financer un chercheur ou de récupérer les

fonds qu'ils ont versés à un chercheur si celui-ci ou l'institution ne se conforment pas aux lignes directrices suivantes.

*(a) Recherche faisant appel à des êtres humains*
Avant qu'elles ne soient entamées, les recherches faisant appel à des êtres humains doivent obligatoirement être approuvées par le comité d'examen local compétent et leur exécution doit être planifiée conformément aux énoncés de politique pertinents des IRSC – notamment l'*Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains* et les lignes directrices récemment publiées par les IRSC concernant la recherche sur les cellules souches, *Recherche sur les cellules souches pluripotentes humaines : Lignes directrices pour la recherche financée par les IRSC*. L'institution a l'obligation de ne remettre au(x) chercheur(s) les fonds accordés par les IRSC que lorsque les approbations nécessaires ont été accordées.

*(b) Recherches faisant appel à des animaux*
Avant qu'elles ne soient entamées, les recherches faisant appel à des animaux doivent obligatoirement être approuvées par le comité d'examen local compétent, et leur exécution doit être planifiée conformément au *Manuel sur le soin et l'utilisation des animaux d'expérimentation* et aux lignes directrices pertinentes du Conseil canadien de protection des animaux. L'institution a l'obligation de ne remettre au(x) chercheur(s) les fonds accordés par les IRSC que lorsque les approbations nécessaires ont été accordées

***8.4 Veuillez noter les éventuels problèmes ou contraintes pesant sur l'augmentation des investissements en recherche.***

Le budget total de la SCVS n'a pas augmenté depuis son lancement en 1998. En raison des besoins concurrents à satisfaire à partir de ce budget, il n'a pas été possible à la SCVS d'augmenter les fonds affectés à la recherche.

## 9. Le VIH/sida dans les régions touchées par des conflits et des catastrophes naturelles

***9.1 Le pays a-t-il une stratégie/politique nationale qui intègre la prévention du VIH/sida, les soins et les traitements relatifs au VIH/sida dans les programmes d'intervention en cas de situations d'urgence?***

Non. Cependant, la SCVS a des mécanismes permettant de repérer toute situation problématique nouvelle ou en gestation et elle dispose de moyens pour répondre aux urgences. Le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida et le Conseil ministériel sur le VIH/sida ont le mandat de déterminer les situations qui posent un problème, y compris les situations d'urgence. Le Centre de contrôle et de prévention des maladies infectieuses repèrerait les urgences et élaborerait un plan d'intervention.

***9.2 Veuillez noter les éventuels problèmes ou contraintes pesant sur l'augmentation des investissements en recherche.***

Rien à signaler.

## 10. Ressources

***10.1 Les crédits budgétaires nationaux alloués aux programmes sur le VIH/sida ont-ils été augmentés, et des crédits suffisants, y compris un poste budgétaire pour le VIH/sida, ont-ils été alloués par tous les ministères et toutes les autres parties prenantes concernées?***

Nous ne disposons pas, pour le présent rapport, de chiffres absolus concernant les dépenses liées au VIH/sida faites par tous les ministères, organismes et autres parties. Nous ne donnons pas non plus de chiffres sur les dépenses des gouvernements provinciaux ou territoriaux.

Certains ministères et organismes fédéraux, tels l'Agence canadienne de développement international, le Centre de recherches pour le développement international et les Instituts de recherche en santé du Canada, ont augmenté le financement des actions menées contre le VIH/sida.

Le budget de la SCVS est resté constant depuis 10 ans.

Certaines provinces ont accru leurs dépenses relativement au VIH/sida au cours des 10 dernières années, en particulier à cause de l'augmentation de la prévalence, tandis que d'autres n'ont pas dégagé de crédits budgétaires particuliers pour lutter contre cette maladie.

Le volet collaboration internationale de la SCVS prévoit un engagement portant sur l'élaboration de nouvelles stratégies pour accroître l'affectation de ressources à la lutte contre le VIH/sida à l'échelle planétaire. Une grande partie du travail est faite par un groupe de travail multisectoriel coordonné par la Direction des affaires internationales (DAI) de Santé Canada.

La DAI a effectué une enquête sur les ministères et organismes gouvernementaux, les organisations non gouvernementales et les universités pour déterminer à quel niveau se situait l'engagement du Canada dans l'action mondiale contre la pandémie du VIH/sida. Les résultats ont montré que les organisations canadiennes participent activement à de nombreux projets liés au VIH/sida dans le monde. Ces projets portaient sur une vaste gamme de questions, dont la prévention, l'élaboration de politiques, le counseling, la formation, l'épidémiologie, l'évaluation et les soins globaux, entre autres. La recherche a montré que la participation internationale des organisations et agences canadiennes a entraîné un renforcement de l'action menée contre le VIH/sida au Canada même. Aussi la collaboration entre la DAI et les organisations non gouvernementales à des projets visant à promouvoir et coordonner l'action internationale face au VIH/sida a-t-elle eu pour effet corollaire d'augmenter l'affectation de ressources contre le VIH/sida au niveau national.

*10.2* ***Pour les pays donateurs : Des mesures ont-elles été prises en vue d'atteindre l'objectif convenu par la communauté internationale qui est de consacrer 0,7 p. 100 du produit national brut à l'aide officielle au développement?***

Oui. Le Canada demeure ferme dans son engagement à atteindre l'objectif de 0,7 p. 100 du PNB. Dans le dernier budget fédéral (décembre 2001), il a accru l'aide internationale de 1 milliard de dollars sur les trois prochaines années. Le Premier ministre du Canada a annoncé à Monterrey que l'aide internationale canadienne augmenterait d'au moins 8 p. 100 par an dans les années à venir, ce qui devrait multiplier par deux le niveau d'aide actuel au bout de huit ou neuf ans. Ces chiffres témoignent de l'engagement du Canada à augmenter son budget d'aide officielle au développement dans la mesure où sa situation financière le permet. Le Canada a également pris l'engagement de multiplier par quatre, de 2000 à 2005, les dépenses d'aide officielle au développement destinées à la lutte contre le VIH/sida, les faisant passer de 20 millions de dollars à 80 millions de dollars par an.

*10.3* ***Pour les pays donateurs : Des mesures ont-elles été prises en vue d'atteindre l'objectif qui est de consacrer de 0,15 à 0,20 p. 100 du produit national brut à l'aide officielle au développement destinée aux pays les moins développés?***

Oui. Au titre de l'aide officielle au développement, le Canada s'est engagé à travailler avec les plus pauvres d'entre les pauvres en concentrant ses efforts sur quatre priorités du développement social : santé et alimentation; VIH/sida; éducation élémentaire; protection des enfants. Le Canada augmente son aide internationale à l'Afrique. Dans son budget de décembre 2002, il a dégagé 500 millions de dollars supplémentaires pour l'aide internationale dans le cadre de l'appui du G8 au plan de l'Afrique pour en finir avec la pauvreté; cet appui sera un des principaux thèmes des débats du Sommet du G8 au Canada en juin 2002. Le Canada s'emploie aussi à inscrire systématiquement les quatre priorités du développement social dans tous les efforts d'aide internationale en Afrique.

## 11. Suivi

*11.1* ***Des mécanismes de suivi nationaux ont-ils été établis, par exemple l'établissement d'un calendrier des évaluations nationales et la création de systèmes de contrôle?***

Oui. Un processus national de fixation des orientations et de planification du travail, auquel participent les partenaires des multiples secteurs, a été établi pour la SCVS. En outre, la SCVS comporte un processus clair de contrôle et de reddition de comptes prévoyant un cycle d'évaluation. La mise en oeuvre de la stratégie est planifiée avec la collaboration de représentants des partenaires de tous les secteurs, des consommateurs et des professions.

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits ne fait pas l'objet d'un examen national distinct, mais elle est incluse dans l'examen national de la SCVS. Par contre, tous les projets communautaires présentent des rapports et des plans de travail à la région respective dont ils relèvent. Les régions, à leur tour, rendent compte à l'administration nationale.

Les Instituts de recherche en santé du Canada, sous la direction de l'Institut des maladies infectieuses et immunitaires, s'emploient à créer un mécanisme de fixation des priorités auquel participeront les IRSC, Santé Canada, les chercheurs du domaine du VIH et d'autres intervenants. Ce mécanisme servira à cerner les priorités de recherche de l'heure dans le domaine du VIH/sida et à concevoir les initiatives stratégiques pour s'y attaquer.

## 12. Recommandations

### *12.1 Veuillez faire part des recommandations concernant les mesures à prendre pour faire avancer rapidement la mise en oeuvre de la Déclaration d'engagement de l'UNGASS sur le VIH/sida.*

- Produire un rapport faisant état des actions menées par les pays en rapport avec les questions ci-dessus, de façon à permettre un échange entre les pays au sujet de l'élaboration et de la mise en application des politiques et des programmes.

- Élaborer un modèle d'évaluation pouvant être utilisé pour améliorer l'action menée dans les pays et la capacité des ces pays à fournir des données à ce sujet.

- Les rapports présentés par les pays n'étant pas confidentiels, demander à l'UNSIDA d'afficher tous les rapports des pays dans une page de son site Web qui serait réservée à cet usage. Cela permettrait à tous les pays d'avoir accès aux renseignements détaillés pertinents qui ne peuvent être inclus dans le rapport général du secrétaire général, et cela les encouragerait à faire des efforts en faveur du changement et à en rendre compte en détail.

- Envisager la possibilité de produire des rapports par pays d'une manière qui permette aux pays de partager non seulement l'information fondamentale sur leurs projets et activités dans le domaine de la lutte contre le VIH/sida, mais aussi d'échanger sur les meilleures pratiques et sur les expériences qu'ils ont menées selon diverses approches.

- En ce qui concerne les objectifs de la Déclaration d'engagement qui sont assortis d'un délai, envisager la possibilité de demander aux pays de soumettre leur information sous une forme qui permette de déterminer si les pays ont atteint les objectifs dans le délai fixé.

**Annexe A**
**Aperçu du système de santé du Canada**

Un tableau succinct du système de santé du Canada permettra sans aucun doute de mieux comprendre l'action menée au Canada contre le VIH/sida. Pour l'essentiel, le système de santé canadien est financé par les pouvoirs publics et mis en oeuvre par le secteur privé. Pour être plus exact, il s'agit en fait d'un ensemble solidaire de treize régimes d'assurance-maladie - dix régimes provinciaux et trois régimes territoriaux. Ce système assure l'accès universel à tous les services médicaux et à tous les soins hospitaliers et ambulatoires qui sont médicalement indispensables.

Cette structure est la résultante des dispositions constitutionnelles qui attribuent aux gouvernements provinciaux les compétences sur la majorité des aspects des soins de santé, dont la gestion et la prestation des services de santé. Le système porte cependant le nom de régime « canadien » d'assurance-maladie, pour la raison que les régimes hospitaliers et médicaux des provinces et des territoires sont soudés et solidaires du fait de leur adhésion aux principes nationaux fixés au niveau fédéral.

Comme les autres soins de santé, les programmes et services liés aux soins et traitements des personnes atteintes du VIH/sida sont gérés et dispensés dans chaque province ou territoire conformément à ce partage constitutionnel des compétences.

Les provinces et les territoires planifient, financent et évaluent la prestation des services hospitaliers, médicaux et paramédicaux, certains aspects des services de fourniture de médicaments sur ordonnance et de l'hygiène publique.

Le gouvernement fédéral a pour rôle de définir et d'administrer les normes ou principes nationaux du système de santé, d'aider les provinces à financer leurs services de santé par le mécanisme des transferts fiscaux, et d'exercer les fonctions qui lui sont dévolues par la Constitution, par exemple, assurer la prestation directe des services de santé à des groupes particuliers, dont les anciens combattants, les membres des Premières nations vivant dans les réserves et les Inuits vivant dans les communautés inuites.

Santé Canada est le principal ministère fédéral chargé d'aider la population du Canada à préserver et à améliorer sa santé. Le ministère intervient également activement dans les domaines de la protection de la santé, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé. En partenariat avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les organisations non gouvernementales et les intervenants du domaine de la santé, Santé Canada exerce un rôle directeur national pour ce qui concerne l'élaboration des politiques de santé, la promotion de la prévention des maladies, la réduction des risques pour la santé et la sécurité, et la promotion de modes de vie sains pour tous les Canadiens. Au nombre des actions menées par le ministère dans ces domaines, citons les programmes de prévention du VIH tels que les programmes de dépistage et de counseling, d'échange d'aiguilles, et de promotion de l'usage du condom, et les programmes visant à réduire la vulnérabilité au VIH.

L'interaction est importante entre le système de prestation des services de santé d'une part et les fonctions de promotion et de protection de la santé d'autre part; les deux sont appuyés aux niveaux national, provincial, territorial et local.